

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica na vertente Nefrológica**

**Relatório de Estágio**

**Avaliação da Necessidade de Cuidados na pessoa com  
Doença Renal Crónica durante o tratamento de  
Hemodiálise**

**Margarida Isabel Jesus Ferreira**

**Lisboa**

**2016**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica na vertente Nefrológica**

Relatório de Estágio

**Avaliação da Necessidade de Cuidados na pessoa com  
Doença Renal Crónica durante o tratamento de  
Hemodiálise**


**Margarida Isabel Jesus Ferreira**

Orientador: Professora Maria Saraiva

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“A consciência inicia-se quando os cérebros conquistam o poder, humilde mas revelador, de contar uma história sem palavras, a história de que existe vida dentro do organismo e que os estados do organismo vivo, dentro do corpo, estão continuamente a ser alterados por encontros com objetos ou acontecimentos reais ou pensados”*

**António Damásio**

**1999**

## **Agradecimentos**

Às instituições de saúde, nas pessoas das equipas multidisciplinares, que permitiram o desenvolvimento de competências e partilha de experiências.

À Sr.<sup>a</sup> Professora Maria Saraiva pelas orientações preciosas neste percurso, paciência e preocupação.

Aos colegas do 6<sup>a</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem pelos momentos partilhados

À minha FAMÍLIA, à Paula Chaves e a todos os meus colegas de trabalho, pela colaboração, pelo tempo que não lhes pude dispensar e pelo incentivo constante.

A todos, muito obrigada.

## **Siglas e Abreviaturas**

ADP – Acesso para diálise peritoneal

ANNA – American Nephrology Nursing Association

AV – Acesso Vascular

CEC – Circuito Extracorporal

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

DRC – Doença Renal Crónica

EAV – Enxerto arteriovenoso

EDTNA/ERCA – European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association

FAV – Fistula arteriovenosa

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TSTR – Tratamento de Substituição da Função Renal

VHB – Vírus da Hepatite B

VIH - Vírus Imunodeficiência Humana

## **Resumo**

Atualmente a população em hemodiálise está cada vez mais envelhecida e com mais comorbidades associadas, requerendo das equipas prestadoras de cuidados uma avaliação pormenorizada das suas necessidades. Por sua vez, a adequação de recursos não comporta essa evolução. Assim, será importante caracterizar quais são as necessidades que melhor identificam os cuidados durante a sessão de hemodiálise. O objetivo da pesquisa é identificar as necessidades de cuidados de enfermagem que os enfermeiros mais valorizam durante a sessão de hemodiálise.

Metodologicamente foram definidas três fases; a primeira compreende a revisão da literatura sobre as necessidades de cuidados ao doente com DRC durante a sessão de hemodiálise, segundo a Filosofia de Virgínia Henderson; a segunda a elaboração de um questionário atendendo aos dados da pesquisa e sua análise por uma equipa de peritos com experiência superior a cinco anos na área de atuação e finalmente a aplicação dos questionários a enfermeiros com experiência superior a seis meses. Os enfermeiros responderam voluntariamente e de forma anónima. O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa SPSS® e Excel® por estatística descritiva.

Dos resultados dos questionários conclui-se que as necessidades mais valorizadas pelos enfermeiros são as necessidades de cuidados com o acesso vascular, as relacionadas com a segurança e a educação em saúde. Quando questionados sobre as necessidades que representam um elevado consumo de tempo declaram que a mobilização, o ensino sobre o regime alimentar e a realização da hemóstase são as mais representativas. Em todo este processo foi identificado um vasto leque de necessidades de cuidados aos doentes com DRC durante a sessão de hemodiálise que permitem caracterizar as necessidades a avaliar neste contexto.

**Palavras Chave:** Necessidades de cuidados; Hemodiálise, Grau de dependência, Modelo Teórico de Virgínia Henderson

## **Abstract**

The haemodialysis population is increasingly older, suffering from more associated comorbidities, requiring the caregiver's teams to have a full detailed assessment of their needs. On the other hand, the adequacy of resources available do not follow this evolution. Thus, it is important to characterize, what are the needs of these patients to better identify the ideal care to provide, during the haemodialysis sessions. The objective of this project is to identify the needs of nursing care more valuable by nurses themselves during the haemodialysis session.

The methodologically set three phases; the first phase comprises review of the literature about the needs of patient care during the haemodialysis session, according to Virginia Henderson Philosophy. The second comprehend the preparation of a questionnaire, validated by Seniors Nurses (more than five year's experience) and then, presented to nurses with more than six month of training. Nurses answered voluntarily and anonymously. The statistical analysis of data (*descriptive statistics*) was performed using *SPSS* and *Excel®*.

**Conclusion** – Nurses valued most the importance of surveillance of vascular access as the key point of care, as well as treatment related safety and health education. When asked about the needs that represent a high consumption of time they declare that mobilization of patients, counselling on diet and a safe haemostasis are the most representative. Throughout this process a wide range of care needed to CKD patients during haemodialysis sessions were identified, which allowed to characterize the needs to assess in this context.

Key Words: Care needs; Haemodialysis; Degree of dependency; Theoretical of Virginia Henderson

# Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1- ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA NEFROLOGIA NO ÂMBITO DO ESTÁGIO....</b>	<b>14</b>
1.1 - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	15
1.2- DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	17
1.3- DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS.....	19
1.4- DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	20
1.5- COMPETÊNCIAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICAS E PALIATIVAS.....	22
<b>2- IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>27</b>
<b>3- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>30</b>
<b>4- METODOLOGIA .....</b>	<b>45</b>
4.1- MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS .....	46
4.2- ASPETOS ÉTICOS .....	47
<b>5- ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>48</b>
5.1- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	48
5.2- ANÁLISES DE RESULTADOS .....	51
<b>6- CONCLUSÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>7- BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>69</b>
<b>8- ANEXOS E APÊNDICES.....</b>	<b>76</b>
Anexo I - Cronograma de estágio	
Anexo II - Documentos de avaliação qualitativa dos orientadores de estágio	
Apêndice I - Documentos da sessão de educação: "Prevenção da Insuficiência Renal"	
Apêndice II - Guião para consulta de admissão de enfermagem na unidade de hemodiálise	



## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição dos enfermeiros segundo o género .....	48
Gráfico 2- Distribuição dos enfermeiros por Formação Académica.....	48
Gráfico 3- Distribuição dos enfermeiros por grupos etários .....	49
Gráfico 4 - Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência profissional na prestação de cuidados de enfermagem a doentes submetidos a tratamento de hemodiálise.....	50
Gráfico 5- Distribuição dos enfermeiros segundo os níveis de proficiência adaptados por Benner. ....	50
Gráfico 6- Necessidades de Cuidados de Enfermagem dos doentes durante a sessão de hemodiálise, segundo o grau de importância máxima e atuação diária. ....	62
Gráfico 7- Distribuição das respostas dos enfermeiros segundo as categorias das necessidades de cuidados atendendo aos componentes de Virginia Henderson e à especificidade do acesso vascular.....	63
Gráfico 8- Necessidades de cuidados com elevado consumo de tempo nos cuidados prestados aos doentes durante a sessão de hemodiálise identificadas pelos enfermeiros.....	64

## **Introdução**

O relatório da primavera de 2015 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde destaca uma orientação que realça a importância de planejar as “necessidades e qualificações dos profissionais de saúde, com vista a desenvolver soluções sustentáveis para garantir um número suficiente de profissionais, adequadamente treinados e com as competências adequadas para prestar cuidados a todos que deles necessitem” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015). O enfermeiro deverá desenvolver competências e qualificações para adequar a prestação dos seus cuidados de saúde e cooperar para uma resposta do serviço de saúde consistente. Basear a praxis clínica em sólidos e validados conhecimentos especializados será uma motivação.

No contexto profissional presta-se cuidados a doentes com doença renal crónica, sendo uma área de prestação de cuidados de enfermagem complexa e abrangente era pertinente a aquisição de competências de especialista que contribuíssem para uma melhor adequação de cuidados. Neste âmbito, surge o desafio de realização do um estágio no contexto do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Vertente Nefrológica, integrado na Unidade Curricular – Estágio com Relatório.

O presente relatório de estágio representa o culminar deste longo percurso de aquisição de competências de enfermeiro especialista. Os objetivos gerais deste, são aprofundar competências específicas em enfermagem na área de especialização e desenvolver competências que permitam cuidar a pessoa com doença crónica e a sua família em contexto da Doença Renal Crónica (DRC).

### **A doença crónica**

“Inclui doenças prolongadas, frequentemente associadas a um variável grau de incapacidade, de curso prolongado e geralmente de progressão lenta, com potencial de compensação e que implica a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual)” (OE, 2011).

A pessoa portadora da doença crónica é um ser único e indivisível, “ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual” (OE, 2012). As funções fisiológicas e psicológicas contribuem para uma “procura incessante de melhor equilíbrio” (OE, 2012).

Cuidar implica uma relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro e pessoa através da relação de parceria cujo objetivo é “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades diárias, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores.” (OE, 2012). Virgínia Henderson (1955) define enfermagem como o “auxílio ao indivíduo (enfermo ou boas condições) na realização daquelas atividades que favorecem a saúde ou sua recuperação, que ele fazia sozinho, caso tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessário.” (Furukawa & Howe, 2000, pag.62). São estes princípios que acompanharam o desenvolvimento deste percurso formativo contribuindo para a evolução no Modelo Dreyfus de aquisição de competências, para uma enfermeira perita que se “apercebe da situação como um todo, utiliza como paradigma a base de situações concretas que ela já viveu e vai directamente ao centro do problema” (Benner, 2001), e noutras situações as competências de enfermeira proficiente evidenciando a capacidade de apreender cada caso. Neste relatório pretende-se identificar as atividades desenvolvidas no estágio que contribuíram para a aquisição das diferentes competências do enfermeiro especialista.

O desenvolvimento de competências permitiu refletir sobre uma problemática da prática, as necessidades de cuidados dos doentes com doença renal crónica. A satisfação destas necessidades atende à necessidade de ajuda, substituição ou parceria apresentando-se como uma preocupação que assola a prática. O enfermeiro de nefrologia deve gerenciar os cuidados para atender às necessidades, para maximizar a independência e qualidade de vida (Gomez, 2011).

A DRC é complexa e influencia todos os sistemas do organismo, acarretando para a pessoa uma necessidade de adaptação aos défices funcionais, às modalidades de tratamento e a todas as alterações à sua vida diária. Esta população de doentes pode ter várias comorbidades, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, doenças infecciosas e/ou mineral e doença óssea. Além disso, muitos enfrentam problemas psicossociais (Gomez, 2011). O TSFR (Tratamento de Substituição da Função Renal) hemodiálise conduz a muitas alterações funcionais e psicossociais para os doentes pelo que a avaliação das suas necessidades deve ter em atenção a especificidade do tratamento. Segundo Sánchez, et al. (2008), 50% dos doentes em hemodiálise têm algum grau de dependência na mobilização, deambulação, o que implica o aumento da carga de trabalho.

Atualmente, verifica-se um envelhecimento da população em hemodiálise, com o aumento da dependência a nível físico, psíquico e social, com maior número de co

morbidades associadas. A média de idade dos doentes em hemodiálise no centro do país é de quase 70 anos (SPN, 2016). As necessidades de cuidados de enfermagem para estes doentes são elevadas, pela dependência e pelas complicações associadas ao tratamento. No entanto, nem sempre essas são tidas em conta no momento da alocação de recursos. A “adequação dos recursos em enfermagem é um fator primordial para a segurança dos doentes” (Nunes, 2007) e “qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo” (OE, 2014).

Segundo a Norma para cálculo de dotação seguras<sup>1</sup> dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros de 2014, diferentes investigadores concluíram que as dotações são afetadas por fatores como a carga de trabalho, o ambiente de trabalho, nível de qualificação dos enfermeiros, a complexidade dos doentes, entre outros. A caracterização das necessidades de cuidados através da categorização de indicadores críticos permitirá identificar e caracterizar as necessidades dos doentes.

Relativamente ao estado da arte não se encontrou muita informação sobre a caracterização das necessidades dos doentes em hemodiálise. Desta forma, o projeto alvo terá como objetivo geral identificar quais são os indicadores, ou seja, necessidades de cuidados de enfermagem, valorizados pelos enfermeiros na avaliação das necessidades dos doentes durante a sessão de hemodiálise. Este projeto enquadra-se no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, na competência “L5.1 Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares” (OE, 2011).

Para corporizar a problemática identificada efetua-se uma revisão da literatura aplicando a filosofia de Virgínia Henderson à complexidade de necessidade de cuidados a prestar ao doente durante a sessão de hemodiálise. Após esta revisão concretiza-se um questionário a aplicar a enfermeiros com o objetivo de identificar as necessidades de cuidados valorizadas por estes, no contexto da sessão de hemodiálise. Posteriormente, será efetuada a análise dos resultados dos quais se destacaram as necessidades de cuidados mais valorizadas pelos enfermeiros e que melhor caracterizam estes doentes.

Este projeto tem como objetivo contribuir para a identificação de indicadores, necessidade de cuidados de enfermagem, que poderão ajudar na adequação dos recursos consoante as necessidades de cuidados numa unidade de hemodiálise. Na norma para cálculo de dotações seguras, a OE (Ordem dos Enfermeiros) visa a

---

<sup>1</sup> Segundo a Associação de Enfermagem do Estado da Carolina do Norte em 2005 declarou que “As dotações seguras refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização. As práticas de dotações seguras incorporam a complexidade das atividades e intensidades de enfermagem”. (ICN, 2006)

identificação e caracterização das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem.

O presente relatório é o instrumento de avaliação da disciplina Estágio com relatório que possibilitará a discussão pública. Encontra-se estruturado da seguinte forma: Análise das competências dos Enfermeiros Especialistas Médico-cirúrgica na área da enfermagem nefrológica no âmbito do estágio, onde é efetuada uma reflexão da aquisição de competências nos diferentes locais de estágio. De seguida, é identificada a problemática, justificando o seu interesse e conceptualizando a problemática com recurso a Filosofia de Virgínia Henderson. Posteriormente, apresenta-se a metodologia utilizada, ressaltando os aspetos éticos. Por último, serão expostos e analisados os resultados e termina-se o relatório com a conclusão referente ao percurso de desenvolvimento.

## **1- Análise das competências dos Enfermeiros Especialistas Médico-cirúrgica na área da nefrologia no âmbito do estágio.**

O estágio visa o aprimoramento profissional, oferece ao aprendiz o conhecimento prático. Durante este foi validada a aquisição de competências de enfermeiro especialista na Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Enfermagem Nefrológica. Foi considerado pertinente a reflexão do desenvolvimento através das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Posto isto, serão refletidas as intervenções desenvolvidas, que mais significativamente, contribuíram para a demonstração de conhecimentos, capacidades e habilidades adquiridas em cada campo de estágio.

Os campos de estágio e o tempo de contacto foram selecionados atendendo às competências de enfermeiro especialista que se pretendia adquirir. Um dos objetivos principais era adquirir competências específicas na prestação de cuidados aos doentes em Diálise Peritoneal, pelo que se contemplou 190 horas nesta temática, desenvolvendo atividades de prestação de cuidados, ensinamentos e observação. Praticou-se um período de observação e recolha de informação na consulta de transplante, com 24 horas e as restantes horas de contacto destinaram-se à TSFR, Hemodiálise. Este período permitiu analisar e refletir práticas com os pares, prestar cuidados diretamente, ensinar, desenvolver e fundamentar a problemática das necessidades de cuidados da pessoa em Hemodiálise. Anexo cronograma de estágio (Anexo I).

Segundo o regulamento nº 122/2011 do Diário da República nº 35 de 18 de fevereiro de 2011, o enfermeiro especialista detém um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis de julgamento crítico e tomada de decisão”. Estes desenvolvem as suas competências em quatro domínios de competência principais; responsabilidade profissional ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

## 1.1 - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio de competências da responsabilidade profissional, ética e legal uma das competências é promover a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. O enfermeiro especialista deverá analisar e interpretar as situações específicas de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações comprometedoras para os doentes. Logo, deve promover o respeito pelos direitos dos doentes ao acesso a informação, respeito pela privacidade, valores, costumes e crenças espirituais que poderão influenciar as práticas e promover o respeito do cliente à escolha e autodeterminação.

No estágio realizado em contexto hospitalar ressalto a Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) sobre o Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5, de setembro de 2011, com atualização a junho de 2012, que menciona que é mandatário o esclarecimento acerca das diferentes modalidades disponíveis de tratamento da DRC no estadio 5. Esta norma define que todas as unidades hospitalares de nefrologia devem ter consulta de esclarecimento ou consulta de opção, à qual o doente deve ser referenciado atempadamente desde o estadio 4. No contexto prático as consultas de esclarecimento realizavam-se diariamente após marcação pelo nefrologista, que efetua a sua consulta previamente. No dia da consulta o doente e familiares obtêm informações adequadas a cada pessoa, por parte da restante equipa multidisciplinar: Enfermeiro, Assistente Social e Nutricionista. Para Henderson “é da responsabilidade da equipa médica dar à pessoa a ajuda necessária para uma escolha sensata” (Henderson V., 2007).

A participação nestas consultas consciencializou a importância de a mesma ser realizada por um enfermeiro especialista na área da nefrologia, pois este terá um leque de competências e experiências nas diversas TSFR que permitiram uma elucidação abrangente das modalidades de tratamento disponíveis. Segundo EDTNA/ERCA<sup>2</sup> (1995) o departamento de nefrologia deve incentivar o indivíduo e sua família a estar envolvido nas decisões sobre as mudanças nas suas necessidades de saúde. A enfermeira de nefrologia deve fornecer informação, educação e formação para o doente e sua família conseguir a independência e a reabilitação pela sua participação na tomada de decisão na seleção da opção de tratamento (EDTNA/ERCA, 1995). Os adultos “na posse das suas faculdades intelectuais devem sempre sentir que a escolha

---

<sup>2</sup> A EDTNA/ERCA (*European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association*) foi criada em 1971 para responder as necessidades especiais dos enfermeiros, assistentes sociais, dietistas e outros que cuidam de doentes com doença renal crónica que requerem terapia de substituição. Tem representantes em 70 países. Tem como missão conseguir o melhor padrão de tratamento para os doentes e sua família e proporcionar educação contínua. É a associação mais reconhecida em todo o mundo (EDTNA/ERCA caring together, 2016).

é sua” (Henderson V., 2007). O contexto físico, psicológico, sociofamiliar e condições de habitabilidade devem ser debatidas com a pessoa doente para que a tomada de decisão seja consciente. O enfermeiro de nefrologia atua como um guia do paciente e advogado, auxiliando o mesmo na busca de informações, assegurando que este tem a oportunidade de consentimento informado para as decisões de tratamento e promovendo o nível máximo de independência desejada para o paciente” (Gomez, 2011).

É competência do enfermeiro de nefrologia ajudar o doente a escolher qual a terapia de substituição considerando a sua preferência e os resultados pretendidos. O processo envolve ajudar o doente a compreender e a avaliar como vão lidar com o tratamento, ajudando-os a escolher de forma adequada (Chamney, 2007). O tratamento médico conservador terá de ser apresentado como opção consoante condição clínica. Durante o estágio foi possível refletir sobre o tratamento médico conservador, que “não é uma alternativa às outras modalidades, encontra-se reservado para situações graves” (DGS, 2012) e a resposta do Serviço Nacional de Saúde para este tratamento. Estas situações têm resolução nos centros hospitalares, não existindo comumente em Portugal equipas multidisciplinares a nível dos cuidados de saúde primários que proporcionem o alívio da sintomatologia e acompanhamento psicossocial e espiritual, contribuindo com apoio, técnicas de gestão de *stress* e estratégias de autocuidados. A família poderá enfrentar potenciais preocupações, como a dor, a sintomatologia e medo de planear o fim de vida (EDTNA/ERCA, 2011, pag.46).

Este contexto permitiu, ainda, valorizar o desenvolvimento da competência promover a proteção dos direitos humanos através da promoção e respeito pela privacidade, aceitação dos direitos dos outros e confronto com valores diferentes. A autodeterminação do doente e o respeito pelos valores, costumes e crenças foram competência refletidas neste processo de crescimento profissional.

No artigo 6º do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2012), domínio da Prestação de Cuidados e Gestão de Cuidados realça como competência o contributo do enfermeiro para a promoção da saúde através da participação de iniciativas de promoção e prevenção da doença. Com a aquisição de competências especializadas através da frequência deste curso surge a oportunidade de desempenhar papel de consultora na área da especialidade através de uma palestra com o tema “Prevenção da Insuficiência Renal” (Apêndice I). A plateia heterogenia permitiu o debate sobre a informação que a população recebe sobre a prevenção desta patologia. A maioria considera-a escassa, solicitaram esclarecimentos sobre as principais TSFR e legislação vigente nesta área de cuidados de saúde.



A última indagação afluorou uma questão ética; “*Até que idade se deve iniciar uma técnica dialítica?*” Foram ressurtidos alguns dos princípios do código deontológico o primeiro “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes”, no artigo 81º dos valores humanos salientou-se “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; e Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.”. No artigo 82º, dos direitos à vida e à qualidade de vida comunicou-se que o enfermeiro deve “atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;” e “respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;” (OE, 2015). A decisão de início do tratamento substitutivo não é uma questão fácil, mas sempre que o doente possua condições cognitivas e psicológicas será o decisor.

## **1.2- Domínio da melhoria contínua da qualidade**

O processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista passa pelo domínio da melhoria da qualidade com um leque vasto de competências que conjugam com as prioridades da Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde 2015-2020. Em 27 de maio de 2015 foi publicado em Diário da República o Despacho nº 5613/2015 sobre a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que defende a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Estes devem ser acessíveis e equitativos pressupondo a adequação às necessidades e expectativas dos cidadãos e por outro lado, devem ser eficientes atendendo ao enquadramento económico do país. Saliente-se as estratégias de aumento da adesão a normas de orientação clínica e a monitorização permanente da qualidade e segurança. No contexto prático, na prestação de cuidados a doentes crónicos é fundamental ressaltar a estratégia que promove o aumento da capacitação do cidadão contribuindo para a sua educação e literacia em saúde tornando-os mais participativos na tomada de decisão.

A manutenção do ambiente terapêutico seguro foi uma competência explorada e fundamentada cientificamente em todos os campos de estágio, refletindo com os orientadores e enfermeiros a gestão de risco e a análise das práticas seguras. Através dessa partilha de experiências identificou-se oportunidades de melhoria na área da higiene num dos locais de estágio.

O doente com DRC apresenta a sua imunidade comprometida, está sujeito a procedimentos invasivos com muita frequência (três vezes por semana, ou mais) e

exposto a um potencial de contaminação por fluidos orgânicos, pelo que as medidas de higiene e controlo de infeção numa unidade de hemodiálise e na execução do tratamento de diálise peritoneal são de crucial preocupação para profissionais de saúde,

Segundo a *European Standards for Nephrology Nursing Practice*, (1995) deve existir uma estratégia de controlo de infeção e outras políticas de segurança que visem a qualidade e a relação custo-eficiência. Neste sentido, cabe ao departamento de nefrologia ter políticas de controlo de infeção explícitas e adequadas, projetadas para proteger os pacientes, suas famílias, todos os visitantes e pessoal.

As estratégias de aumento da adesão a normas de orientação clínica recomendadas pela Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde 2015-2020 concorrem para a uniformização de práticas que poderão contribuir para uma eficiência e eficácia do tratamento. O enfermeiro especialista tem competência para liderar programas de melhoria através do desenvolvimento de atividades de normalização e atualização com vista à eficiência e à eficácia. No curto estágio, não foi possível elaborar procedimentos de atuação, mas transmitiu-se a importância que a sua existência tinha, para a melhoria de cuidados prestados e como poderiam facilitar a integração de novos elementos e alunos.

No contexto da diálise peritoneal o estágio foi realizado numa unidade com 55 dos doentes, com uma equipa constituída por um enfermeiro e uma médica nefrologista, com apoio do serviço social e da nutricionista quando solicitado. Não tendo experiência nesta área o desenvolvimento de competência passou primeiro por uma aquisição de competências técnicas, saber fazer e um amadurecimento dos conhecimentos ao longo do estágio que perfez seis semanas.

Neste domínio desenvolveu-se competências no planeamento da melhoria continua identificando a oportunidade de melhoria no suporte ao ensino da execução da higienização das mãos e da sua importância. A peritonite é uma complicação frequente em doentes em programa de diálise peritoneal e que pode acarretar consequências na permeabilidade da membrana peritoneal, pelo que é relevante, que a educação para a saúde foque a prevenção da infeção. Segundo a EDTNA/ERCA (2009) uma das complicações mais frequentes é a peritonite que poderá levar à perda de cateter, podendo o paciente ser transferido para a hemodiálise, com carácter temporário ou permanente.

Uma das medidas de controlo e prevenção de infeção na prestação de cuidados é a higienização das mãos. A “higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efectivas na redução da infecção associada aos cuidados de saúde”, esta “integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na

prevenção no controlo da infeção.” (DGS, 2010). Posto isto, durante o estágio nos ensinamentos efetuados aos doentes que iniciavam a técnica e na consulta de rotina foi valorizado sempre o ensino da lavagem das mãos com água e sabão, bem como a higienização das mãos com solução alcoólica. Destacou-se os momentos adequados para a realização da lavagem das mãos e higienização e as respetivas técnicas de execução. Conceptualizando, uma das necessidades descritas por Virgínia Henderson “*Evitar os Perigos Ambientais*” que engloba a ajuda ao doente para proteger-se de riscos físicos e de microrganismos, contribuindo para a avaliação do risco de contaminação. O enfermeiro contribui para que os doentes se adaptem “ou modifiquem o seu estado de doença, maximizando o seu estado de saúde” (George, 2000, pag. 43).

### **1.3- Domínio da gestão de cuidados**

O enfermeiro especialista “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011). No estágio realizado na unidade de hemodiálise satélite, pode ser disponibilizada assessoria aos enfermeiros e equipa multidisciplinar, bem como colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar.

Com o objetivo de desenvolver a competência, otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão decidiu-se refletir sobre a admissão do doente na unidade de hemodiálise. A admissão na unidade é efetuada pelo Nefrologista, Enfermeiro, Assistente Social e Nutricionista, cada um dos membros da equipa contribui para a integração e esclarecimentos dos doentes e cuidador, conforme o quadro de competências.

A enfermeira de nefrologia deve permitir que os doentes e familiares entendam a doença e o tratamento (Chamney, 2007). No quadro de competências definidas pela EDTNA/ERCA menciona que o enfermeiro de nefrologia deverá identificar o que o paciente e sua família quer e precisa saber e as questões mais importantes que têm de gerir (por exemplo, funções renais, sintomatologia de falência renal, tipos de terapia de substituição renal, terapia medicamentosa). Deverá informar os doentes sobre o que eles querem e precisam saber de uma forma honesta, equilibrada e justa (Chamney, 2007). A consulta de admissão permite iniciar este processo de cuidados.

Na consulta de admissão deverá ser prestado o apoio psicológico, o enfermeiro apresenta-se de forma calma e sensível, que facilite a comunicação aberta e interativa com o doente, escolhendo uma abordagem que incentive e promova a parceria na

aprendizagem. Reconhece a importância ouvir o *feedback* do paciente e sua família e permitir-lhes tempo suficiente para refletir e reavaliar toda a informação dada (por exemplo, implicações de emprego, enquanto a fazer diálise, feriados, possíveis complicações da diálise). Este processo deve ser aberto, interativo onde o ritmo é liderado pelo doente. (Chamney, 2007).

A otimização da tomada de decisão permite atuar num dos 14 Componentes definidas por Virginia Henderson na *“Aprendizagem, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento e saúde normais e usar os serviços de saúde disponíveis”*. (Henderson, 2006). Esta preocupação com a consulta de admissão compreende-se dentro deste componente, que permite ao enfermeiro educar para a saúde, satisfazendo a curiosidade do doente com objetivo de atingir melhor compreensão e adesão ao tratamento e disponibilizar-lhes todos os recursos para minimizar o impacto da doença crónica. Para além disto, a consulta permite conhecer o doente e família/cuidador que é fundamental no processo de cuidar. O estágio permitiu maturar esta intervenção.

A nível do registo de enfermagem, existia um guião que está essencialmente direcionado para a apresentação da unidade e para a orientação de possíveis complicações. Definiu-se intervir melhorando a informação no processo de cuidar. Com auxílio dos alicerces construídos para a conceptualização da Filosofia de Virgínia Henderson, foi iniciado um registo, em campo acessível a todos os enfermeiros, para garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem.

#### **1.4- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Durante o percurso profissional o enfermeiro consciencializa-se das suas capacidades e do seu autoconhecimento, sentindo maior competência para a interação com a pessoa doente, familiares, cuidadores e equipa multidisciplinar. Nos diversos locais de estágio foi possível amadurecer esta capacidade. O fato de integrar, por curto espaço de tempo, equipas que prestam cuidados a doentes crónicos com uma especificidade de atuação muito elevada, exigiu uma boa capacidade de adaptabilidade individual e organizacional. Para responder a este desafio recorreu-se a gestão de sentimentos e emoções direcionando a atuação para respostas eficientes e para o reconhecimento de possíveis situações de conflitualidade com o objetivo de as dissipar.

A intervenção de enfermagem á pessoas em programa de diálise peritoneal demandou a necessidade de uma aprendizagem de competências técnicas na Diálise Peritoneal Continua Ambulatória (DPCA) e Diálise Peritoneal Automatizada (DPA), bem como na execução dos cuidados ao Orifício de Saída e intervenção nas principais

complicações, seguindo as recomendações do guia da prática clínica (EDNTA/ERCA, 2009), Manual de Boas Práticas, os procedimentos da unidade e literatura recente disponível.

Nas unidades de hemodiálise em contexto hospitalar, tendo em conta a tipologia de doentes que nelas se encontram, com uma situação agudizada e maior instabilidade hemodinâmica requer uma capacidade de atuação “sob pressão”, com uma demonstração de conhecimentos especializados, seguros e competentes. Neste contexto surgiram oportunidades de aprendizagem que levaram a análise de situações clínicas específicas, como a gravidez numa doente em hemodiálise e uso de técnica de plasmaferese.

A plasmaferese é uma técnica utilizada para tratamento de doença imunológica e não imunológica. Esta permite a filtração do plasma a partir do sangue total por meio de uma membrana semipermeável, podendo haver perda de macromoléculas pode ser efetuado retorno de plasma ou albumina, sendo uma técnica que implica um circuito extracorporal. (Stieglitz & Huang, 2016). Foram duas as situações clínicas acompanhadas durante o estágio: um doente com Síndrome de *Guillan-Barré* e um doente com Purpura Trombocitopénica Trombótica. A nível renal a indicação desta técnica esta associada a situações de rejeição do transplante renal e na patologia do Anticorpo Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA). Para desenvolver competência na prestação de cuidados nesta técnica recorreu-se á pesquisa e reflexão das práticas com a enfermeira orientadora e restantes elementos da equipa.

Relativamente a gestação em doentes em programa de hemodiálise, foi difícil adquirir evidência científica, são poucos os estudos elaborados nesta população, mas a evidência encontrada corrobora com a situação acompanhada. Num estudo realizado na Índia, (GH, et al., 2005) concluíram que só 50% das gestações terminaram em nascidos vivos e todos foram prematuros na faixa das 27-36 semanas de gestação e que todos os recém-nascidos apresentavam baixo peso. No caso clínico acompanhado a gestante efetuou tratamentos seis vezes por semana em unidade de hemodiálise hospitalar, com acompanhamento ginecológico e nefrológico permanente. O parto decorreu às 28 semanas com um recém-nascido de baixo peso, tendo este a necessidade de cuidados específicos em unidade neonatal. Nesta conjuntura e tendo conhecimento da história clínica que referia uma gestação anterior com nado morto verificou-se a necessidade estabelecer uma relação terapêutica, onde se identificou as necessidades de intervenção especializada através de uma avaliação holística da satisfação das necessidades com vista a maximizar a sua qualidade de vida e diminuir o seu sofrimento.

Na experiência profissional não constava contacto com a consulta de transplantação renal. Contudo era sentida a necessidade de alcançar mais conhecimento neste contexto com o objetivo de ajudar a preparar e esclarecer as dúvidas que os doentes em programa de hemodiálise evidenciam. Conforme a EDNTA/ERCA (1995), o potencial recetor de transplante deve ser preparado nas melhores condições quer fisicamente, quer mentalmente. Esta preparação é efetuada pela unidade de transplantação, mas os enfermeiros nas unidades satélite devem estar conscientes da sua contribuição para manter o doente nas melhores condições, estando apto para esclarecer as suas dúvidas. Neste período de estágio foi possível a aquisição de conhecimento na área do ensino para a saúde “*no pré*” e “*no pós*” transplante que contribuirão para o desempenho de funções de enfermeira especialista numa unidade de tratamento satélite.

### **1.5- Competências enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónicas e paliativas**

A Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica não tem competências específicas definidas pelo que o desenvolvimento passa pelo perfil de competências comuns referido anteriormente e pelo perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. De seguida, serão destacadas as avaliações/intervenções que marcaram mais o desenvolvimento. Estas últimas competências referidas comportam dois domínios principais sobre os quais se reflete.

**“L6- Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação sucessivas e à morte” (OE, 2011).**

A pessoa com DRC que inicia uma TSFR enfrenta efeitos do tratamento “profundos e devastadores, envolvendo a disrupção do todo o plano de vida, incluindo perspectivas de carreira, casamento e filhos.” (Auer, 2007, pag. 81). Esta situação pode ter maior impacto consoante os objetivos e perspectivas de vida de cada pessoa, representando um processo de adaptações sucessivas. Estes doentes são confrontados com alterações da imagem corporal, com mudança de papéis sociais, com problemas do foro da sexualidade e consciência de morte precoce que requer destes e de quem deles cuida uma grande envolvimento e respeito. O enfermeiro especialista reúne o perfil de competências para contribuir como elemento facilitador do processo.

Destaco, o estágio efetuado na unidade de diálise peritoneal. A relação terapêutica estabelecida entre a o enfermeiro de nefrologia da unidade de diálise peritoneal e a pessoa doente, familiares e cuidadores coopera para a otimização dos resultados do tratamento através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação do cuidador. Nesta relação promoveu-se a parceria terapêutica com o indivíduo como cuidador e família/cuidador de referência, incentivando-os a avaliar, planejar e executar os cuidados complexos de acordo com as suas preferências, atendendo sempre os princípios fundamentais da segurança, adequação/eficácia do tratamento e respeitando a singularidade e autonomia de cada indivíduo. Durante o estágio, seguindo as linhas orientadoras para a prática do enfermeiro de nefrologia da EDTNA/ERCA (1995), houve a oportunidade de desenvolver e acompanhar os programas de educação na realização do tratamento e na prevenção da infecção, planejar as consultas de seguimento, avaliar os conhecimentos dos doentes e cuidadores quando indicado e educar para o reconhecimento de sinais de peritonite.

No processo educativo desenvolvi a competência de negociar objetivos de cuidados mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico, como define o regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. O processo de ensino da diálise peritoneal não é linear e requer do profissional e da pessoa motivação. São várias as barreiras à aprendizagem “Alguns doentes sentem-se tão mal nesta altura em que estão prestes a começar a diálise que lhes falta motivação para aprender – sentem que nunca vão recuperar” (Wild, 2005, pag. 277). A linguagem é uma barreira e nos doentes idosos existem algumas “barreiras físicas adicionais a aprendizagem, como a falta de vista ou falta de destreza manual.” (Wild, 2005, pag. 277). Através da experiência adquirida o sucesso deste processo educativo passa pela atuação centrada na pessoa e na relação terapêutica construída. Os “profissionais de saúde devem planejar a educação para a saúde em redor do doente/família e não em redor deles próprios.” (EDNTA/ERCA, 2009). O enfermeiro suporta os recursos pessoais da pessoa e família identificando os pontos fortes que facilitam a tomada de decisão e as necessidades de cuidados. Logo, planeia passo a passo as etapas do processo educativo, utilizando ferramentas de comunicação adequadas a cada pessoa e avaliando sempre os conhecimentos já adquiridos. Este processo será contínuo e continuado nas consultas de seguimento. O tempo não pode estar definido para os períodos de educação, o enfermeiro tem de identificar as situações problemáticas, quer para a realização da técnica, quer para a exaustão física e emocional. Realça-se a relação terapêutica estabelecida entre os

profissionais e doentes da unidade onde foi realizado o estágio, que possivelmente poderá ser apenas analisada pelos resultados da taxa de peritonite de 0.18 episódios/doentes no ano de 2015. Os resultados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia de 2015 relatam 0,37 episódios/doente ano.

As intervenções referidas anteriormente refletem o desenvolvimento da competência de enfermeira especialista que pelas suas características e conhecimentos estabelece uma relação terapêutica.

**“L5- Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (OE, 2011)**

O desenvolvimento desta competência, conforme outras, foi transversal ao processo de aprendizagem do tratamento da pessoa com doença crónica. Enaltece-se, de seguida, períodos em que a sua influência foi mais evidente.

Na unidade de hemodiálise de um dos Centros Hospitalares de Lisboa puderam ser desenvolvidas competências que promovem a intervenção junto da pessoa com doença crónica, cuidadores e familiares envolvendo-os para a otimização e satisfação dos resultados. A maioria dos doentes aí internados estão num período de agudização da sua doença. Desta forma, é necessário que o enfermeiro especialista, com uma visão mais holística e conhecimentos científicos sustentados identifique as suas necessidades e construa um plano de intervenção adequado as mesmas.

Na indução do tratamento de hemodiálise é relevante a colaboração com a equipa multidisciplinar para criar estratégias de desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa doente para liderar o seu processo de doença. Este processo não fica estanque na indução iniciada a nível hospitalar, mas é desenvolvida na consulta de admissão nas unidades satélite, situação que conforme mencionei anteriormente, foi alvo de desenvolvimento de competência no período de estágio.

Um dos objetivos do enfermeiro especialista é promover e maximizar a qualidade de vida e diminuir o seu sofrimento. Pelo que é essencial adequar os tratamentos às necessidades dos doentes. A “padronização na prestação de cuidados oferece a oportunidade de melhorar a eficiência, mas pode deixar de reconhecer as necessidades específicas dos pacientes” (EDTNA/ERCA, 2014) (Trad.Au). Cabe ao enfermeiro especialista estabelecer e equilíbrio. A qualidade dos tratamentos foi tema de debate com as equipas. Um programa de qualidade deve rever todos os aspetos da terapia de hemodiálise; dose de diálise, gestão de remoção de líquidos, a gestão da pressão



arterial, a remoção molécula medio porte, composição do fluido de diálise e pureza da água, cuidados com o acesso vascular e administração de medicamentos. (EDTNA/ERCA, 2014). Situações debatidas com os orientadores.

O objetivo do estágio seria evoluir na aquisição de competência atendendo ao Modelo Dreyfus e seguido por Benner em que o enfermeiro se torna proficiente quando “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspeto isolados”, “aprende pela experiência”, “orienta-se diretamente para o problema” (Benner, 2001), compreendendo melhor o processo de tomada de decisão. O enfermeiro perito “mostra um nível elevado de adaptabilidade e de competência” (Benner, 2001), dá opinião clínica e gere situações complexas. Estes são os níveis de aquisição de competências atingidos considerando as diferentes áreas de intervenção. Anexa-se as avaliações qualitativas dos diferentes enfermeiros orientadores, que consolidam a motivação, empenho e dedicação nos campos de estágio para o desenvolvimento profissional e pessoal (Anexo II).

O processo de desenvolvimento de competências implica um momento de pesquisa sobre uma problemática identificada. O enfermeiro especialista, nas suas competências gerais “baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2012).

A competência “L5.1 Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares”, na atividade de avaliar o “grau de dependência e as necessidades de cuidados na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, promovendo o máximo de satisfação do doente” (OE, 2011), enquadra a problemática identificada como oportunidade relevante de investigação. O interesse pelo tema, avaliação das necessidades de cuidados na sessão de hemodiálise, esta relacionado com a necessidade sentida de conhecer as necessidades dos doentes em hemodiálise e de reconhecer a importância em adequar os recursos para a prestação de cuidados de qualidade e em segurança.

Assume-se o papel de agente ativo no campo de investigação e facilitador no processo de aprendizagem, suportando as práticas na investigação e no conhecimento na área da especialidade.

Segundo ANNA<sup>3</sup> (American Nephrology Nurses Association), o enfermeiro de nefrologia requer capacidade para identificar problemas atuais pesquisáveis, colaborar na pesquisa, avaliar e implementar os resultados da pesquisa que afetam as práticas.

---

<sup>3</sup> A ANNA (*American Nephrology Nurses Association*) foi fundada em 1969 tem como missão promover a excelência e a valorização da enfermagem em nefrologia para que o enfermeiro possa fazer a diferença para a pessoa com doença renal. Fomenta a melhoria da qualidade, programas educacionais para aumentar competências e a investigação (ANNA, 2016).

Denota ainda capacidade de reconhecer as teorias, de as selecionar e justificar a aplicação da teoria mais significativa para auxiliar na resolução dos problemas. (Gomez, 2011).

Consequentemente, desenvolveu-se o trabalho através de uma revisão da literatura, na qual se pretendeu conhecer as necessidades de cuidados dos doentes em programa de hemodiálise tendo como Modelo Teórico de Enfermagem a Filosofia de Virginia Henderson, questionando posteriormente os enfermeiros sobre a valorização das diversas necessidades.

Para Henderson 1966,

A “enfermeira que opera sob uma definição que enfoca uma área da prática independente ou uma área de especialização deve assumir a responsabilidade pela identificação dos problemas, pela validação contínua da sua função, pela melhoria dos métodos que usa e pela medição dos efeitos do atendimento” “a enfermeira deve ter conhecimentos, alguma base para a prática de cuidados individualizados e humanos e ser uma solucionadora de problemas científicos” (Furukawa & Howe, 2000, pag. 64).

A enfermeira de nefrologia “participa ativamente em atividades de desenvolvimento profissional, incluindo papel de educação continuada, avaliação da qualidade e melhoria, bem como na análise e aplicação clínica dos resultados da investigação para garantir a prática baseada em evidências” (Gomez, 2011) (Trad. Au).

Segundo Benner, Hooper-kyriakidis, & Stannard, (1999) mencionado por Alligood, (2014) a investigação clínica inclui a identificação de problemas e julgamento clínico ao longo do tempo sobre determinada transição de pacientes e famílias específicas, um dos componentes, é o desenvolvimento do conhecimento clínico em população específica de doentes. Ressurte-se segundo Heater, Becher & Olson (1988) aludido por McEwen & Wills (2007) que os resultados de estudos de investigação indicam que os pacientes que recebem tratamento com base nas provas mais rigorosas e mais recente a partir de estudos bem projetados experimentam em 28% melhores resultados.

No capítulo seguinte justifica-se a pertinência da problemática.

## 2- Identificação e justificação da problemática

Com o avanço tecnológico tem-se verificado aumento da esperança média de vida acarretando com isso um crescimento das co morbididades dos doentes com DRC. Segundo os dados da SPN (Sociedade Portuguesa de Nefrologia) em 2015 existiam 11514 doentes em TSFR Hemodiálise, em que 7062 tinham idade superior a 65 anos. A idade média dos doentes em hemodiálise no mesmo ano é de 67,47 anos, tendo aumentado relativamente aos anos anteriores. Mais de 20% dos novos doentes têm mais de 80 anos. Nos doentes incidentes em 2015 a etiologia mais frequente foi a diabetes com 33,9% seguida de causa indeterminada e aparecendo a hipertensão com 13,1%, analogamente aos doentes incidentes na TSFR Hemodiálise. Relativamente ao Acesso vascular nos doentes prevalentes, verifica-se que 73,1% são FAV, 11,0% são EAV e 15,6% são Cateteres Venosos de Longa Duração (SPN, 2016).

Estudos recentes reforçam que os doentes em programa de hemodiálise apresentam elevados graus de dependência. Num estudo de 2009, foi analisado o perfil de 806 doentes em hemodiálise atendendo a promoção da autonomia pessoal e cuidados para as pessoas em situação de dependência, concluíram que se verifica uma elevada proporção de doente com algum grau de dependência principalmente deficiência física, o que implica uma mobilização adequada e requer ajuda para atividades a realizar durante a diálise (Periz, Arroyo, & Ihanêz, 2010). Num estudo realizado em Espanha com 88 doentes concluíram que maior grau de dependência, mais idade e maior índice de co morbilidades mais necessidade de cuidados de enfermagem durante a sessão de hemodiálise (Toledano, Cantarero, López, & Cuesta, 2014).

Num estudo realizado em Espanha, em 2012 concluíram que o melhor modelo para prever a perda funcional com grau de dependência era as co morbididades associadas a idade. Foi utilizada Escala de *Barthle* e *Charlson Comorbidity Index*. Neste concluíram que o aumento das co morbilidades resulta em perda funcional. (Francisco, et al, 2012). Outro estudo, realizado no mesmo país, com um questionário de avaliação da qualidade de vida, salienta que a perda física funcional é a mais afetada e a dependência está presente em 44% dos doentes, estando esta relacionada essencialmente com a idade e as co morbilidades (Frias, Moreno, & Montero, 2014).

Na Grécia realizaram um estudo, no qual concluíram que a identificação das causas de morbilidade dos doentes em diálise poderá levar à melhoria de estratégias de redução dos índices de complicações, à melhoria da qualidade de vida e adequação de recursos (Tzanakaki, et al., 2014). Na Holanda foi efetuada a construção de uma

classificação de doentes para tratamento em hemodiálise mensurando o tempo para execução da intervenção, concluíram que é possível utilizar um modelo para prever os cuidados a prestar aos doentes em hemodiálise e que esta situação permitiria ajudar a prevenir a falta ou o excesso de pessoal e a reduzir custos com a hemodiálise (Kleijn R., 2015).

Os estudos apresentados justificam a importância do tema da avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem nos doentes em programa de hemodiálise e salientam que essa avaliação é abrangente devendo incluir as comorbidades associadas, os défices funcionais e as implicações psicossociais.

Segundo Periz, Arroyo, & Ihanêz (2010) atendendo ao perfil de dependência do doente submetido a hemodiálise é necessário a planificação dos trabalhos nas unidades, um importante grau de dependência representa uma maior carga de trabalho para o pessoal de saúde. Adaptar a disponibilidade de enfermagem para as necessidades de saúde dos pacientes poderia ser uma opção para melhorar eficiência no tratamento. (Kleijn, Hagen, Groot, Jong, & Wee, 2015) (Trad. Au).

Desta forma, o enfermeiro de nefrologia necessita de adaptar os cuidados às características dos doentes. (Francisco et al., 2012). As unidades ou serviços de nefrologia, segundo EDTNA/ERCA devem ser geridos de forma a garantir a eficiência em termos de custos de cuidados. Os custos de uma unidade de hemodiálise são elevados e repartidos por diversos itens; como os consumíveis, equipamentos, recursos naturais como água e eletricidade e recursos humanos. Portanto, as unidades devem ter uma equipa multidisciplinar qualificada, apropriada para o número de doentes e seu perfil clínico (EDTNA/ERCA, 1995).

Apropriar o número de enfermeiros numa unidade de hemodiálise requer a análise das necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes. Sublinha-se que os doentes com DRC apresentam perda de algumas funções quer físicas, quer psíquicas, quer cognitivas, atendendo a sua patologia e às comorbidades associadas. Perante a situação de doença eles sentem-se impotentes e são os profissionais de saúde que os devem incentivar a questionar e a refletir como podem gerir as suas necessidades de cuidados (Marchant, 2008).

Estando atento a toda esta informação, os enfermeiros especialistas devem apoiar as suas intervenções baseadas na evidência científica efetuando o planeamento dos cuidados associados às necessidades dos doentes e aos recursos necessários para uma prática segura e de qualidade. “A dotação de enfermeiros se encontra intimamente conexa com a qualidade de cuidados prestados e com a segurança do cliente, há que identificar indicadores que facilitem o respetivo cálculo nas organizações” (OE, 2014).

A Associação Americana de Enfermeiros em 1998 identificou princípios e construiu uma matriz para tomada de decisão relativamente a dotação que em primeiro lugar salvaguarda as características dos doentes, “os níveis adequados de dotação para uma unidade de cuidados aos doentes refletem a análise das necessidades individuais e conjuntas dos doentes” (ICN, 2006, pag. 49) e de seguida inclui a intensidade da unidade e dos cuidados, contexto e especialização (ICN, 2006). Nas unidades de hemodiálise reconhece-se a necessidade de existência de um grau de especialização elevado, um contexto complexo que une a alta tecnologia a humanização e um fluxo de doentes elevado. Atendendo a esta complexidade e sendo prioritário identificar as características dos doentes considerou-se que é importante identificar indicadores, necessidades de cuidados, que permitam caracterizar a população dos doentes, possibilitando a adequação de recursos. Investigar nesta área justifica-se, pois permite “Demonstrar que ela responde às preocupações actuais, que pode ser útil para a prática profissional e contribuir para o avanço dos conhecimentos”. (Fortin, 2009, pag. 80)

A problemática alvo será identificar quais são os indicadores, ou seja, necessidades de cuidados de enfermagem, valorizados pelos enfermeiros na avaliação das necessidades dos doentes durante a sessão de hemodiálise.

A revisão da literatura permite conhecer o estado da arte sobre a temática e perceber os indicadores que caracterizem as necessidades de cuidados do doente em hemodiálise, que futuramente poderão ajudar na adequação dos recursos atendendo às necessidades. De seguida, propõe-se contextualizar a problemática contribuindo com a elaboração do quadro de referências orientado por uma revisão da literatura aplicando a filosofia de Virgínia Henderson.

### 3- Enquadramento conceptual

O quadro conceptual “é uma breve explicação de um conjunto de conceitos e de subconceitos interligados e reunidos em razão das suas relações com o problema de investigação” (Fortin, 2009, pag 121).

Para melhor explicar os conceitos e descrever as necessidades de cuidados será necessário fundamenta-las através de um Modelo Teórico de Enfermagem. Segundo Cross, 1981 “a teoria sem a prática está vazia e a prática sem a teoria é cega” (Alligood, 2014). Para Henderson o atendimento em enfermagem deve “ser aperefeiçoado pela implementação dos resultados válidos por pesquisa” (George, 2000, pag. 65), contribuindo para a melhoria das práticas e para o respeito pela dignidade.

Num estudo publicado por JMV, MR, MMV, & Gerokomos (2007) concluíram que o tempo utilizado na avaliação geriátrica, com base no Modelo de 14 Necessidades de Virgínia Henderson<sup>4</sup> era um investimento necessário para garantir a assistência adequada. Outro estudo publicado por Sommer (2015) concluiu que a Teoria de Virgínia Henderson permite avaliar as necessidades do doente e desenvolver um plano pragmático dos cuidados. No estudo de Ferrari, Rodrigues, Baldissera, & Sandra Maria Pelloso publicado em 2014 evidenciou que a teoria de Henderson pode ser aplicada a diversos campos de atuação, com avaliação de diferentes abordagens na saúde e em pessoas de todas as idades. Foi percecionada, ainda, a utilização desta teoria associada ao envelhecimento e a um estudo que teve por base o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação de enfermagem que permitiu identificar as necessidades dos idosos. Considerando estas evidências, que vão de encontro aos objetivos deste relatório, a filosofia de Virgínia Henderson foi o modelo selecionado para fundamentar as necessidades de cuidados do doente renal crónico na sessão de hemodiálise. A DRC implica alterações multisistémicas que condicionam a pessoa, apresentando esta muitas necessidades afetadas. A TSFR, hemodiálise modifica o modo de viver e cria problemas ao longo do percurso de tratamento. Com este ambiente é relevante avaliar as necessidades afetadas destes doentes.

Virgínia Henderson empenhou-se na regulamentação da prática de enfermagem com a sua devida e definida bibliografia que compreendia os parâmetros para a função de enfermeira. A relação profissional enfermeiro e doente é então valorizada para “identificar o que o doente podia fazer, o que sabia fazer, e a vontade que tinha para

---

<sup>4</sup> Virgínia Henderson nasceu em 1897, licenciou-se em 1921 e começou a ensinar em 1922. Tem uma longa carreira como autora e investigadora. Faleceu em 1996 com 96 anos. Participou em várias publicações, sendo a mais reconhecida “*The principles and practice of nursing*”. Assenta os seus principais pressupostos nas 14 necessidades básicas dos doentes e na relação enfermeira-doente.

realizar as actividades que era capaz de fazer” (Henderson V., 2007). Os cuidados de enfermagem que os indivíduos necessitam são afetados por diversos fatores, tais como a idade, estatuto sociocultural, capacidade física e intelectual, equilíbrio emocional, capacidades psicológicas e intelectuais e pelos sintomas e síndromes afetos ao diagnóstico. (Henderson V., 2007).

Em 1955 Harmer e Henderson definem enfermagem como:

“o auxilio ao individuo (enfermo ou em boas condições) na realização daquelas actividades que favorecem a saúde ou a sua recuperação (ou morte tranquila), que ele fazia sozinho, caso tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessário.” (George, 2000, pag. 62).

Para a mesma autora a “enfermeira deve ter conhecimento sobre o que é normal na saúde e na doença” (Furukawa & Howe, 2000, pag. 64) o que permite identificar os problemas e a “capacidade do individuo para executar as necessidades humanas, com ou sem assistência, levando em conta a força, o desejo e o conhecimento daquela pessoa” (Furukawa & Howe, 2000, pag 66).

A Pessoa é um individuo com necessidades humanas de várias dimensões ligadas com o físico, o psicológico, o social e o espiritual necessitando de assistência para obter independência ou saúde, incluindo a família. A Saúde é caracterizada pela satisfação das necessidades. A necessidade é tudo aquilo que é essencial ao ser humano para manter a sua vida e assegurar o bem-estar. Este individuo está contido num Ambiente que é caracterizado por um conjunto de condições que influenciam o equilíbrio e o bom funcionamento da pessoa. Estes são os principais pressupostos adjacentes à filosofia que guiou o desenvolvimento da problemática identificada.

Nos seus postulados Vírgina Henderson, identifica níveis de relação enfermeira-doente que vão do muito dependente a um relacionamento independente, a enfermeira substitui, auxilia e é parceira do doente. A pessoa deve manter equilíbrio físico e emocional e requer ajuda para obter a independência (Tomey, 2004).

Alguns teóricos criticam esta teoria por não ter foco principal a independência, mas a interdependência, o que despoletou o pensamento crítico. A interdependência poderá adequar-se aos doentes com doença renal crónica em hemodiálise, pois o seu regime terapêutico caracteriza-se por três ou mais sessões semanais de tratamento e uma adequação diária dos seus hábitos alimentares e sociais, tendo o enfermeiro um foco muito importante nas sessões de hemodiálise e uma intervenção para a independência do doente no seu cotidiano. Neste contexto define-se doente como

“alguém que precisa de cuidados de enfermagem, mas não limita os cuidados de enfermagem para a doença” (McEwen & Wills, 2007) (Trad. Au).

Na sua filosofia Virginia Henderson identificou 14 necessidades básicas dos doentes que compreendem os componentes dos cuidados de enfermagem. Nomeou as seguintes necessidades, Henderson (1966), (1991); Respirar normalmente (1), Comer e beber de forma adequada (2); Eliminar os resíduos corporais (3); Movimentar-se e manter a postura corporal correta (4); Dormir e descansar (5); Escolher a roupa, vestir-se e despir-se (6); Manter a temperatura corporal dentro dos valores normais (7); Manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos (8); Evitar o risco do ambiente (9); Comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, temores e opiniões (10); Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um (11); Trabalhar de forma a sentir-se realizado (12); Jogar ou participar em diversas formas de recreação (13); Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis (14). (Tomey, 2004). Estes 14 componentes das funções de enfermagem podem ser categorizados nos seguintes componentes; “os primeiros nove são fisiológicos; o décimo e décimo quarto são psicológicos e da comunicação e do aprendizado; o décimo primeiro é espiritual, moral e o décimo segundo e o décimo terceiro são sociologicamente orientados para a ocupação e recreação (Furukawa & Howe, 2000, pag. 64).

Para Henderson fatores como idade, antecedentes culturais, capacidade física e intelectual e equilíbrio emocional afetam as necessidades básicas. (George, 2000, pag 64). O estado de saúde/doença e o ambiente também as afetam. Logo, considera-se conveniente a utilização desta filosofia abrangente que valoriza o ambiente severo da sessão de hemodiálise, a doença mutisistémica, bem como os todos os restante fatores.

A avaliação de enfermagem recai no grau de independência da pessoa e na capacidade de avaliação do profissional de enfermagem. Toda a validação das necessidades é baseada no conceito de interação-comunicação num relacionamento enfermeira-doente.

De seguida, aborda-se os 14 componentes que não são instantâneos e que se influenciam entre si (mas sem estudos que o expliquem), aplicando o racional às necessidades de cuidados do doente com doença renal crónica em programa de hemodiálise. A pesquisa foi efetuada com recurso as bases de dados da EBSCOhost nos índices CINAHL e MEDLINE, nos motores de busca da Internet e pesquisa no centro de documentação da escola. As palavras-chave foram grau de dependência; cuidados de enfermagem; comorbilidades, carga de trabalho de enfermagem; hemodiálise;



avaliação das necessidades de enfermagem, fadiga, dor, alteração cognitiva, desnutrição, complicações intra-dialíticas, risco, adaptação ao regime terapêutico, infecção, acesso vascular, em português, inglês e espanhol.

### **“Respirar normalmente (1)”**

A prevalência da anemia nos doentes com DRC é elevada, se associada a diabetes em doentes DRC em estadio 3, a anemia tem uma elevada incidência de “cerca de 22% comparada com 7,9% em doentes não diabéticos”. (EDTNA/ERCA, 2007).

O quadro de anemia, bem como da própria doença renal apresenta sintomas e sinais como a dificuldade respiratória, menor resistência ao exercício, fadiga e debilidade, enjoo, dor de cabeça, irritabilidade, diminuição da função cognitiva palidez da pele e taquicardia. (EDTNA/ERCA, 2007). Esta sintomatologia influencia as capacidades dos doentes e contribui para as necessidades de cuidados de enfermagem.

A “fadiga é um sintoma comum e debilitante para pacientes adultos com doença renal terminal em hemodiálise, e tem sido associada com diminuição da sobrevida e qualidade de vida.” (Horigan, 2013) (Trad. Au). Segundo o estudo Horigan (2013) os doentes referiram que a fadiga dita o que podiam ou não podiam fazer no dia-a-dia, descrevem a falta de interesse e energia para participar em atividades porque se sentem esmagadoramente cansados e alguns participantes relacionavam o seu aumento de cansaço com os dias dos tratamentos.

A dificuldade em respirar é referida por 63,4% dos doentes num estudo de Mathews (2012) relacionado com a qualidade de vida. Esta pode estar presente por estase a nível pulmonar, desequilíbrio ácido-base e situações inerentes a patologia (Furtado, 2010).

Por conseguinte, a enfermeira na unidade de hemodiálise deve avaliar as necessidades de cuidados relativamente a alteração do padrão respiratório, tendo em conta os fatores que o condicionam, referidos anteriormente. Fatores como a fadiga, debilidade, menor resistência ao exercício, influenciam outros componentes, como exemplo, a capacidade de comer, de beber e da mobilidade. A presença de edemas, como referido poderá requerer necessidades de cuidados específicos.

Curioso que no estudo de (Stanley, 2011) evidência que uma simples técnica de respiração longa, sem custos, oferece uma alternativa fisiológica para melhorar o bem-estar geral e a qualidade de vida da população em diálise.

## **“Comer e beber de forma adequada (2)”**

Nos doentes com DRC a desnutrição calórico-proteica é uma realidade e está associada ao aumento da morbilidade de mortalidade. Está relacionada com a perda de massa muscular, com astenia, com dificuldade de cicatrização e com imunossupressão. As suas causas podem estar relacionadas com diálise inadequada, a acumulação das toxinas urémicas levando à anorexia, à redução da acuidade gustativa e em consequência à redução da ingestão. (Silva, Santos, Dias, Cardoso, & Matos, 2010). A perda de paladar e apetite é mencionada por 70,91% dos participantes do estudo sobre a qualidade de vida de Mathews (2012). Durante a sessão de hemodiálise são perdidas 10-12 g de aminoácidos, albuminas e vitaminas hidrossolúveis, principalmente na modalidade de tratamento de hemodiálise de alto fluxo (Vennegoor, 2005).

Por outro lado, o comportamento de não-adesão à dieta e ao volume de líquido ingerido pelos doentes com problemas renais, pode levar a um aumento do edema, prurido, dor óssea, dispneia e outros. Será necessário também restringir alimentos ricos em sódio, potássio e fósforo. (Mayoral & Rincón, 2015)

É então essencial compreender que a adequação da dieta dos doentes em programada hemodiálise é fundamental e que deve ser individualizada consoante os hábitos, os resultados analíticos e da eficácia do tratamento, bem como das condições socioeconómicas, costumes, exigências religiosas e etárias (Chamney, 2007). Segundo K/DOQI (2000) as entrevistas alimentares são validas e clinicamente uteis para medição da ingestão de proteínas e energia nestes doentes. As recomendações nutricionais passam pela análise da ingestão de proteínas, hidratos de carbono, lípidos, proteínas, fibras, sódio, potássio, fosforo, cálcio e líquidos.

A enfermeira especialista em nefrologia deve utilizar ferramentas para detetar os comportamentos de não adesão e formar os doentes sobre a dieta. (Mayoral & Rincón, 2015). É competência desta identificar as necessidades nutricionais da pessoa doente e negociar com eles e com o seu cuidador um plano alimentar susceptível de sustentar. Deverá dar-se oportunidade regularmente ao doente para discutir o seu bem-estar nutricional e informa-lo sobre os seus resultados (resultados analíticos, ganho interdialítico, valores tensionais...) e permitir a renegociação de metas a atingir (Chamney, 2007).

Assim, durante a sessão de hemodiálise deve ser prestada a ajuda e substituição necessária na pequena refeição realizada. Este momento permitirá, ainda, a identificação dos défices de conhecimento sobre o regime alimentar adequado e proporcionar o ambiente para partilhar orientações e ensinamentos sobre dieta adequada. O

enfermeiro especialista deverá ser o elo de ligação da equipa multidisciplinar encaminhando as situações problemáticas identificadas.

### **“Eliminar os resíduos corporais (3)”**

As alterações mais comuns relativamente a eliminação são a presença de anúria ou oligoanúria e a obstipação. A destruição dos nefrónios leva a oligúria e retenção de produtos do catabolismo (Hurst, 2005).

A obstipação é comum e causada pela baixa ingestão de alimentos ricos em fibras. Esta situação pode, também, ser consequência da restrição hídrica, pouca atividade física e efeito secundário de medicação, como por exemplo quelantes de fósforo e suplementos de ferro. (Silva, Santos, Dias, Cardoso, & Matos, 2010)

O enfermeiro, durante a entrevista, deve avaliar o padrão de eliminação (obstipação/diarreia, alteração das características com perda hemática), com o objetivo de programar os dados do tratamento tendo em atenção este padrão, bem como capacitar-se para a necessidade de ensino por parte da pessoa. A necessidade de eliminação de resíduos corporais durante a sessão de tratamento implica a desconexão do CEC (Circuito Extracorporal) que deve ser efetuada em segurança e proporcionar ajuda ou substituição da pessoa na deslocação ao sanitário.

### **“Movimentar-se e manter a postura corporal correta (4)”**

A atividade movimentar-se e manter a postura poderá ser afetada pelo cansaço, astenia, fadiga, dificuldade respiratória, pela perda da massa muscular, pela dor e até pelas consequências das lesões microvasculares consequentes de diabetes. A atrofia muscular pode dever-se “à mobilização de proteínas musculares para o sangue circulante, para tentar compensar as perdas urinárias de proteínas” (Chalmers, 2005). No processo de envelhecimento natural, também se verifica a atrofia muscular, redução da mobilidade e da autonomia, com alterações da coordenação motora, diminuição da acuidade visual, estando a população em tratamento de hemodiálise cada vez mais envelhecida serão necessidades a valorizar.

As alterações do metabolismo da vitamina D provocam níveis de cálcio deficientes, lesão esquelética e dor óssea. (Hurst, 2005). No estudo de Mathews (2012) 81,82% dos participantes valorizaram a dor no corpo, 91,72% consigna a mobilidade restrita e 88,18% refere a fraqueza após a diálise.

Vários são os fatores que influenciam a necessidade de *“movimentar-se e manter a postura corporal correta”*, constatando-se que é complexa a realização de movimentos que requeiram precisão, como o caso da hemóstase. O ensino e treino na

hemóstase eficaz pode minimizar perdas hemáticas, quer ocorram durante o tratamento, quer no domicílio. No entanto, a incapacidade implica a substituição da pessoa.

Neste ambiente perante a dependência o enfermeiro deve atuar essencialmente no apoio ou substituição, criando vontade no doente sempre que possível.

### **“Dormir e descansar (5)”**

Na população em hemodialise num estudo realizado na China concluíram que 66,6% manifestavam insónia associada à síndrome das pernas inquietas e ao alto risco da apneia do sono (WC, et al., 2006). Por outro lado, segundo o estudo de Horigan (2013), os participantes relataram que descansavam ou dormiam após a sessão de hemodiálise, adaptando as suas rotinas para acomodar as suas necessidades de descansar e dormir. Esta situação permitia aproveitar os momentos que se sentem melhor para ser mais ativos e gerir as suas comorbilidades.

Durante o tratamento alguns doentes conseguem dormir por períodos. O enfermeiro, somente, poderá contribuir com um ambiente calmo, minimizando os estímulos irritantes. Pelo que este componente não será utilizado para realizar a avaliação das necessidades.

### **“Manter a temperatura corporal dentro dos valores normais (7)”**

A manutenção da temperatura corporal é essencial para o conforto da pessoa durante o tratamento. A temperatura do circuito extracorporal (CEC) é mantida através da temperatura do dialisante, devendo esta ser ajustada a temperatura de conforto para o doente, evitando complicações. Temperaturas elevadas podem conduzir a hemólise e hipotensão, por vasodilatação e temperaturas baixas podem causar hipotensão e diminuir a eficácia do tratamento. Este equilíbrio pode ser avaliado pelo enfermeiro atuando em conformidade.

O doente em programa de hemodiálise “é imunodeprimido e, consequentemente tem uma susceptibilidade aumentada para infeções” (Nascimento & Marques, 2005). Estar sujeito a manobras invasivas frequentes, aumenta a probabilidade de contaminação por microorganismos, podendo levar a estados febris. Considerando esta suscetibilidade todas as manipulações do CEC e do acesso vascular devem ser executadas com técnica asséptica.

A avaliação do sinal vital, temperatura é imprescindível para despiste de possíveis complicações infecciosas e intervir o mais precocemente possível.

As atividades de “Escolher a roupa, vestir-se e despir-se (6)” e “Manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos (8)” são necessidades que apesar serem evidentes na sessão de hemodiálise, na maioria das sessões não carece de cuidados de enfermagem.

### **“Evitar o risco do ambiente (9)”**

Durante o tratamento de hemodiálise é passível a ocorrência de incidentes, pois toda sua envolvimento poderá desencadeá-los. Os procedimentos invasivos, a utilização de equipamento complexo, doentes críticos e administração de medicamentos potencialmente perigosos são fatores de risco para a ocorrência de incidentes (Sousa, Silva, Bezerra, Freitas, & Miasso, 2013). A “vigilância e a detecção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente.” (Benner, 2001).

O enfermeiro desempenha a função fundamental de evitar os riscos para o doente, prevenindo as complicações intradialíticas e os incidentes. Segundo a *National Patient Safety Foundation*, 2001, citado por Thomas-Hawkins (2014) a lista de problemas de segurança mais comuns nas unidades de hemodiálise incluem as quedas dos doentes, erros de medicação, eventos relativos ao acesso vascular, erros de dialisador, excesso de perda de sangue e sangramento prolongado.

Nas complicações mais frequentes destaca-se a hipotensão arterial (20-30%), as câibras (5 a 20%), náuseas e vômitos (5 a 15%) e cefaleias (5%) (Salgueiro, Santos, Alves, Santos, & Encarnação, 2010). Os doentes diabéticos podem apresentar episódios de hipoglicemia com manifestações de angor, isquemia intestinal ou dos membros, o que influencia negativamente a reabilitação destes doentes, prolongando o mal-estar nas horas seguintes ao tratamento impedindo a realização das atividades habituais (Gonçalves, Saraiva, Sousa, Santos, & Melo, 2010). Através desta evidência pode-se inferir que a atitude preventiva será a atuação mais correta e a que trará ao doente bem-estar e menor dependência nos cuidados de enfermagem.

A retirada acidental da agulha, o risco de desconexão da linha/agulha venosa e o sangramento dos locais de punção são incidentes que colocam os doentes em risco e podem levar à morte. Para minimizar este risco será necessário combinar a vigilância, reforçando a formação dos profissionais; a tecnologia, com configuração adequada dos limites de alarme do monitor e as habilidades humanas, com utilização da correta fixação das agulhas. (Waeleghe, Chamney, Lindley, & Pancírová, 2008). Os doentes devem ser ensinados a evitar movimentos bruscos. Este acidente “é aparatoso e provoca ansiedade e apreensão nos doentes, resultando em hemorragia intensa no local da punção (...) que exige compressão imediata” (Salgueiro, Santos, Alves, Santos, &

Encarnação, 2010). É imprescindível manter a calma e atuar com eficácia para minimizar as perdas sanguíneas.

A coagulação do circuito extracorporeal foi relatada como um incidente que resulta em dano ao paciente por todos os profissionais no estudo de Sousa, Silva, Bezerra, Freitas, & Miasso (2013). Os resultados de um estudo Espanhol demonstram que administrar heparina sódica através do circuito extracorporeal melhora o estado final da coagulação do sistema, condicionando menor perda de sangue para o doente (Raquel Pelayo Alonso, 2015). O enfermeiro tem a incumbência de vigiar o CEC, os valores de leituras de pressões dos monitores e monitorizar a administração de anticoagulante, se prescrito, prevenindo e minimizando as perdas hemáticas do doente durante todo o tratamento.

Os hematomas/infiltrações podem ocorrer na punção, durante o tratamento pela mobilização mais brusca, pela fragilidade e imaturidade do vaso ou por uma ineficaz hemóstase. O hematoma extenso pode provocar compressão externa podendo originar falência da FAV (Hemphill & Allon). Por este fato, são essenciais cuidados imediatos para limitar o hematoma e de educação sobre os cuidados a realizar no domicílio. Nos doentes idosos os vasos estão mais fragilizados e mais suscetíveis à ocorrência de hematomas. Segundo Lee, Barker, & Allon (2006) as infiltrações das fístulas são mais comuns nos idosos e nas fístulas novas e podem resultar no prolongamento da dependência de cateter por mais três meses. Consequentemente, os cuidados de enfermagem nestas situações requerem maior habilidade e competências do profissional de saúde.

A entrada de ar no CEC é uma situação menos frequentes, os monitores de hemodiálise estão equipados com sensores muito sensíveis que não permitem que o ar atinja o doente, que traria complicações muito graves, como a embolia gasosa.

Segundo Davison (2003) a presença de dor no doente em hemodiálise “é multifatorial e inclui nociceptiva, somática, visceral, neuropática e síndromes de dor regional complexa” (Castro, Murphy, & Battistella, 2013). A etiologia da dor pode ainda ser “secundária a comorbidades (diabetes, doença vascular), a doença renal primária (por exemplo, doença renal policística), consequências de insuficiência renal (por exemplo, calcifilaxia, osteodistrofia renal), ou do próprio tratamento de diálise (por exemplo, inserção da agulha, recorrente, nas fístulas arteriovenosas)” Castro, Murphy, & Battistella (2013). Os mesmos autores referem Glick (2011) que menciona que a avaliação da dor deve ser detalhada para elucidar a causa da dor, a sua localização, a qualidade e a gravidade. Tem de ser compreendido o impacto da dor sobre as características físicas, sociais e emocionais e como estas condicionem as necessidades

dos doentes relativamente a prestação de cuidados. O enfermeiro deve perceber as necessidades dos doentes consoante a sua manifestação de dor e reconhecer que esta condiciona a colaboração no tratamento, como por exemplo, na execução da hemóstase, na deslocação do posto de tratamento até a rua, no vestir e despir os casacos e até na permanência de forma calma na cadeira durante o tratamento. Podendo está, também, interferir com a estabilidade hemodinâmica durante o tratamento.

As complicações e incidentes mencionados anteriormente representam os perigos/riscos ambientais mais comumente retratadas na literatura numa sessão de hemodiálise. A pessoa tem a capacidade de se adaptar ao meio, mas verificando-se algumas alterações na mobilidade, no equilíbrio e nos órgãos sensitivos poderá expor os doentes ao risco ambiental aumentado. Segundo a teoria de Henderson “os indivíduos saudáveis podem conseguir controlar o seu ambiente, mas a doença pode interferir com essa capacidade.” (Tomey, 2004, pag. 115). Os perigos podem estar associados aos equipamentos, ao pessoal, às infeções, aos riscos elétricos e às quedas, sobrevivendo que “as enfermeiras devem proteger os doentes dos danos mecânicos” (Tomey, 2004, pag.115). Esta associação entre as limitações dos doentes em programa de hemodiálise (muitos com idade avançada) e os perigos externos existente numa sala de hemodiálise compreende as necessidades de cuidados dos doentes.

### Acesso vascular

O AV (Acesso Vascular) é imprescindível para o sucesso da realização do tratamento, é uma preocupação de segurança constante e implica e mobiliza elevados custos económicos e psicossociais. As intervenções inerentes às necessidades de cuidados ao acesso vascular representam preocupação para toda a equipa multidisciplinar.

A TSFR, hemodiálise, depende de um acesso vascular adequado. A FAV (Fístula Arteriovenosa) é o acesso vascular de excelência, apresenta maior durabilidade, menor número de infeções e trombozes (Sousa C. , 2012). Existe ainda o EAV (Enxerto Arteriovenoso) e o CVC (Cateter Venoso Central).

Segundo EDTNA/ERCA (2014) a canulação compreendem três momentos, a “preparação”, a “canulação” e a “desconexão”. A preparação inclui a lavagem do membro do acesso vascular com água e sabão, preparar a acessibilidade aos locais de punção, preparação e escolha dos materiais, avaliação do acesso vascular e desinfeção dos locais de canulação.

No procedimento de canulação o enfermeiro deve proporcionar um ambiente confortável e seguro. Este deve reportar e documentar complicações e identificando-as precocemente para as gerir melhor. O enfermeiro deve avaliar o local de punção, incluindo a inspeção, palpação e auscultação; selecionar técnica de punção e educar o doente relativamente aos cuidados com o acesso vascular. (Iglesias, et al., 2014). No momento da canulação deve ser selecionada a técnica de canulação adequada, efetuar a fixação das agulhas em segurança e otimizar os parâmetros do tratamento.

As primeiras punções da FAV requerem cautela e um enfermeiro em que lhe seja identificada a competência e experiência.

As complicações mais frequentes são a trombose, a estenose, a síndrome de roubo, aneurismas e pseudoaneurismas e hipertensão venosa, ficando estas “responsáveis por 25% dos internamentos hospitalares” e representam a “maior causa de morbilidade” (Carvalho, et al., 2010). Segundo Mc Can et al 2008 citado por Iglesias, et al. (2014) a infeção é a segunda causa mais comum de falência de fístula depois da estenose/trombose. Pelo que é recomendada a lavagem ou desinfeção alcoólica das mãos atendendo aos cinco momentos da lavagem das mãos definida pela *World Health Organization* e pela Direção Geral da Saúde, bem como a lavagem do membro. A canulação tem de ser efetuada “em termos de rigorosa assepsia e limpeza do braço” (Thomas, 2005). A identificação precoce das possíveis complicações é o principal desafio para manter a patência do AV. A avaliação do mesmo deve ser efetuada antes, durante e depois de cada sessão de hemodiálise (EDTNA/ERCA, 2014).

Através da pesquisa na literatura detetei que existe escassa informação sobre a hemóstase, a sua importância, a forma como deve ser executada e a dependência que alguns doentes manifestam para a execução da sua própria hemóstase. As múltiplas comorbilidades, as perdas funcionais e cognitivas levam a que a hemóstase, muitas vezes, tenha de ser efetuada por outro elemento da equipa multidisciplinar.

O Cateter Venoso Central (CVC) deve ser a última opção pelas suas possíveis complicações infecciosas. Os doentes portadores de CVC necessitam de uma avaliação adequada e uma gestão dos seus cuidados pormenorizados. Os enfermeiros têm de avaliar o local de inserção; utilizar o agente desinfetante e tipo de penso adequado e detetar possíveis complicações. A responsabilidade do enfermeiro inclui a necessidade de executar um procedimento asséptico rigoroso e “manutenção da viabilidade do cateter, a educação do doente, a prevenção da infeção e a intervenção precoce quando a infeção ocorre.” (Thomas, 2005, pag.195).

São diversos os autores que ressaltam que os “enfermeiros de hemodiálise à beira do leito são os indivíduos-chave para rotineiramente avaliar os locais de saída do



CVC e determinar se o local de saída requer outras intervenções” (Harwood, Barbara Wilson, Thompson, Brown, & Young, 2008) (Trad. Au). Segundo Jones (1998) mencionado pelos autores referenciados anteriormente, o local de saída do cateter é uma fonte de colonização microbiana, que poderá conduzir a uma infecção do local de saída ou potenciais bacteriemia. A bacteriemia relacionada com o cateter venoso central é uma causa de morbidade e mortalidade para os doentes em hemodialise e tem um aumento de custos significativos associados, segundo Alon, 2004 e NKF-K / DOQI, 2006, mencionados por Harwood et al (2008).

Conferindo o descrito anteriormente, compreende-se a importância das necessidades de cuidados de enfermagem perante o acesso vascular.

### **“Comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, temores e opiniões (10)”**

A comunicação no processo dos cuidados de enfermagem é primordial para a criar a relação terapêutica e satisfazer as necessidades do doente. A comunicação é um processo dinâmico e complexo, que compreende toda a situação clínica do doente e o ambiente do tratamento. A sala de hemodiálise poderá não ser o local mais adequado para proporcionar um ambiente privado, tranquilo que permita a expressão de algumas necessidade, temores e opiniões.

O apoio psicológico ao doente em programa de hemodiálise é uma intervenção continua e que requer tempo, pelo que devemos direccionar as intervenções, “pode-se dar um aconselhamento excelente e sensível com dois minutos de escuta e resposta a uma preocupação específica” (Auer, 2007, pag. 86). Segundo Parker 1998 e Nolasco 1982 a pessoa com doença renal crónica terminal atravessa três fases da adaptação psicológica que influênciam as suas necessidades de cuidados. A primeira fase, *período de lua de mel* caracterizado por esperança e confiança, mas por vezes podendo manifestar momentos de ansiedade. A segunda fase, é caracterizada por sentimentos de tristeza perante as limitações e é designada por *período de desilusão*. A longo prazo, vivem o *período de adaptação* que alterna entre períodos de resignação e depressão. Nesta fase o doente pode “estar em baixo, irritável susceptível à ofensa e, por vezes refratário às indicações do médico (Auer, 2007, pag. 88). Perceber em que fase se encontra o doente permitirá estabelecer uma relação terapêutica adequada às suas necessidades. Existem outras teorias de adaptação, mas será esta mais reconhecida. O enfermeiro deve dar ocasião para o doente se exprimir, “os doentes têm muitas vezes a sua própria interpretação e a sua própria compreensão do seu estado” (Benner, 2001).

O AV quer sejam autologos ou não, pode implicar alterações da imagem corporal. Este pode ser considerados uma “experiência desfigurante” (Auer, 2007, pag. 86) e perturbadora quando muito desenvolvido. Com o tempo e em consequências da cicatrização das punções, o vaso perde a elasticidade e consequentemente forma dilatação, aneurismas. Estes podem ter outras causas, também comuns como estenoses. A presença do cateter venoso central na veias jugular e subclávia pode igualmente condicionar a imagem. Os enfermeiros devem “reconhecer os sentimentos dos doentes, aconselhar sobre o vestuário, e ajudar que os pensos e tubos fiquem dispostos de forma mais discreta possível.” (Auer, 2007, pag 86).

A adesão e a adaptação ao regime terapêutico deve ser um foco de atuação do enfermeiro de nefrologia, ao identificar as formas do doente lidar com o tratamento permite planejar os tratamentos individualmente de modo a controlar as situações que lhe causam maior stress. Estudos evidenciam que o *coping* focado no problema é o mais utilizado e que “a depressão se correlaciona positivamente com as formas de enfrentamento focalizado na emoção para pessoas em tratamento de hemodiálise”. (Bertolin, Pace, Kusumota, & Ribeiro, 2008). A não adesão aos regime aconselhado pode ser um sinal adaptativo, desde que não seja persistente e perigoso.

A capacidade cognitiva nos doentes com DRC pode estar comprometida. Num estudo realizado em 2012 foi mensurada a função cognitiva através do *Mini Mental State Examination* a 108 doentes, tendo concluído que 25% dos doentes em hemodiálise foram classificados como apresentando disfunção cognitiva. (Fadilia, et al., 2014). Foi encontrada uma forte associação entre as pontuações dos testes e uma maior perda de autonomia dos doentes. Segundo Brickman Et al. (2002) a diminuição da função cognitiva pode comprometer a qualidade de vida dos pacientes em HD, o seu impacto na sociedade, no seu papel profissional e resultar em falha no tratamento (Fadilia, et al., 2014).

Na avaliação das necessidades o enfermeiro deve ter em atenção as implicações da doença e que “o corpo e a mente são inseparáveis” (Tomey, 2004, pag. 115).

**“Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis (14)”**

Segundo Henderson citado por Tomey (2004) “ganha-se mais ajudando a pessoa a aprender a ser saudável do que a preparar as terapêuticas mais competentes para servir as que estão em crise”. Desta forma, a enfermeira tem como objetivo promover a saúde.

Num estudo realizado por Condé, et al., (2010) com doentes nos vários estádios da doença renal crónica concluíram que estes têm um risco elevado de declínio cognitivo. Nos doentes em programa de hemodiálise o pior desempenho relacionou-se com os testes cognitivos da função executiva, atenção e memória. O declínio pode estar relacionado com o envelhecimento cerebral (Condé, et al., 2010), o processo inflamatório, disfunção endotelial, aterosclerose, stress oxidativo, anemia e toxinas urémicas, situações que foram mencionados por Vianna, Soares, Tavares e Teixeira e Silva (2011); Troen et al (2011) e Rios, Carvalho, Lwaleed, Simões e Silva, Borges, Dusse (2010) (Matta, Matos, Arthur Melo e Kummer, Teixeira, & Silva, 2014). Os valores de hemoglobina baixa predispoem a pessoa doente a sentir-se fraca e com pouca capacidade de compreensão (Hurst, 2005).

A deterioração cognitiva é uma fonte de dificuldade para as intervenções educativas, assim deve ser medida a deterioração e planeada a intervenção tendo em conta as capacidades dos doentes (Nieto, Díaz, & Fernández, 2010).

A depressão pode também condicionar a aprendizagem. Num estudo realizado no Líbano por Macaron, et al. (2014) apuraram uma correlação entre a existência de comorbidades e a sintomatologia de depressão. O doente com DRC apresenta comorbidades que isoladamente ou em efeito cumulativo poderão condicionar aprendizagem.

A equipa de enfermagem e restante profissionais saúde devem proporcionar a informação adequada, quer em quantidade, quer em qualidade adequando às capacidades e atitudes da pessoa. No contexto do tratamento de hemodiálise existem diversos aspetos, como os cuidados com o acesso vascular, a adequação da dieta, adesão ao regime terapêutico, o controlo de perdas hemáticas, atitudes perante as complicações que o doente e o seu cuidador devem ter conhecimentos. O enfermeiro deve programar ensinamentos/treinamentos/orientações quer para o doente, quer para o cuidador/família sempre que seja detetado algum défice de conhecimento ou quando solicitado por estes.

As necessidades identificadas por Virgínia Henderson; *realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um (11); Trabalhar de forma a sentir-se realizado (12) e Jogar ou participar em diversas formas de recreação (13)* são tidas em consideração na prestação de cuidados de enfermagem e abordadas com a pessoa doente e cuidador, mas na prática diária não contribuem para uma atuação na sala de hemodiálise, pelo que não foram analisadas no contexto deste relatório.

Henderson na sua filosofia estava ciente da necessidade de incluir a família do paciente, considerando que “o doente e a família são uma unidade.” (Tomey, 2004, pag. 115). Ela identifica, na sua teoria, três níveis de relação enfermeira/doente, sendo as intervenções de enfermagem a substituição do paciente, ajudar o paciente e estabelecer a parceria com o paciente (Alligood, 2014). Esta será a nomenclatura utilizada no instrumento de colheita de dados.

Através desta revisão da literatura, tendo em conta o Teoria de Virgínia Henderson, percebeu-se que a avaliação das necessidades dos doentes durante a sessão de hemodiálise é complexa e tem de ter em conta multifatores que se relacionam entre si. A caracterização das necessidades desta população é então um fator que desperta interesse, poderá ajudar na prática para a alocação de recursos (exemplo distribuição dos doentes por enfermeiro atendendo às necessidades de cuidados) e para uma prática de cuidados seguros e de qualidade.

## 4- Metodologia

A problemática a estudar vai ser analisada através de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A “finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação” (Polit, Beck, & Hungler, 2004, pag. 177), “compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação” (Fortin, 2009). A abordagem quantitativa “carateriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos susceptíveis de serem generalizados a outra população ou contexto” (Fortin, 2009, 27).

Define-se então a questão de pesquisa, que é a declaração de uma indagação específica que o pesquisador deseja responder para abordar o problema de pesquisa.” (Fortin, 2009, pag. 72). A questão de Investigação formulada será:

**Quais são os indicadores, necessidades de cuidados, valorizados pelo enfermeiro com experiência na área, na avaliação das necessidades de cuidados do doente renal crónico na sessão de hemodiálise?**

Com objetivo de responder a esta questão delineou-se a seguinte metodologia.

### Descrição da metodologia

**Primeira Fase:** Revisão da Literatura sobre as necessidades de cuidados ao doente com doença renal durante a sessão de hemodiálise, segundo a Filosofia de Virgínia Henderson, apresentada no capítulo anterior.

**Segunda Fase:** Elaboração de um questionário para avaliar a pertinência dos dados colhidos na literatura. Aplicação do questionário, em formato pré-teste, a um grupo de enfermeiros peritos, com experiência profissional de pelo menos 5 anos na prestação de cuidados aos doentes em hemodiálise.

**Terceira Fase:** Aplicação dos questionários aos enfermeiros e tratamento de dados.

### População e amostra

A “população alvo é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente” (Fortin, 2009, pag. 311). Ou seja, são os enfermeiros com mais de seis meses de experiência na prestação de cuidados de enfermagem ao doente em hemodiálise que aceitem participar voluntariamente.

Os pesquisadores quantitativos “especificam as caraterísticas que delimitam a população através dos critérios de selecção para inclusão em seus estudos” (Polit, Beck,

& Hungler, 2004, pag. 224). Neste contexto, na primeira fase o critério de inclusão foi ser enfermeiro com experiência profissional de pelo menos cinco anos na prestação de cuidados de enfermagem na área da nefrologia, reconhecido como perito e na segunda fase os critérios de inclusão foi a experiência profissional superior a seis meses e aceitar voluntariamente a participação. O critério de exclusão para a segunda fase foi a participação na primeira fase e experiência profissional inferior a seis meses.

#### Caracterização das Variáveis

Segundo Fortin (2009) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. Uma “variável independente é um elemento introduzido e manipulado numa situação de investigação” (Fortin, 2009, 171). No estudo as variáveis independentes são a idade, sexo, formação académica, tempo de profissão e tempo de trabalho em hemodiálise. Uma “variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente. É muitas vezes, chamada variável critério ou variável explicada.” (Fortin, 2009, 171). No estudo será as necessidades de cuidados durante a sessão de hemodiálise.

#### **4.1- Método de colheita de dados**

A finalidade desta problemática é identificar as necessidades de cuidados de enfermagem valorizadas pelos enfermeiros durante a sessão de hemodiálise. Desta forma, considerou-se pertinente questionar os enfermeiros sobre a sua opinião e sentimento relativamente a avaliação das necessidades de cuidados dos doentes. O método de colheita de dados selecionado foi o questionário que “tem como objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009).

Com o objetivo de determinar se o instrumento foi “formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas” (Polit, Beck, & Hungler, 2004, pag. 254) foi efetuado o pré-teste. Este foi efetuado a dez peritos na área da prestação de cuidados a doentes em hemodiálise, em duas fases. A primeira que deu origem a várias correções e otimização de informação e a segunda efetuada aos mesmos peritos com resultados concordantes. Estes enfermeiros na sua generalidade têm experiência no contexto da hemodiálise superior ou igual a seis anos e quatro têm experiência superior a doze anos, relativamente a sua formação académica a maioria é licenciado, dois tem a especialidade e um é mestre em enfermagem.

O questionário é composto por três partes. O primeiro ponto caracteriza a população, com questões fechadas; o segundo ponto apresenta uma escala de 1 a 5, sendo (1) *Nada importante* e (5) *Muito Importante*, que indica o grau segundo o qual os indivíduos manifestam a sua opinião e um terceiro ponto com uma questão aberta para obter precisões complementares. Anexa-se exemplar do questionário (Anexo III).

A recolha de dados decorreu de 01/03/2016 a 30/03/2016.

#### **4.2- Aspetos Éticos**

Um dos princípios éticos é o *respeito pelo consentimento livre e esclarecido* que decorre do direito a autonomia “A pessoa tem o direito de decidir por ele próprio da sua participação numa investigação” e “Inclui na faculdade de se retirar dos dados do estudo em qualquer momento sem incorrer em nenhuma sanção nem em nenhuma pena”, bem como “Tem o direito de conservar o anonimato e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais” (Fortin, 2009). Para assegurar estes princípios o questionário foi efetuado a enfermeiros que livremente aceitem a participação. No questionário está a informação sobre qual o seu objetivo, o contexto e os fins para que se destina a recolha de dados. Informa ainda que é anónimo e voluntário. Este tipo de questionário não terá para os seus participantes inconvenientes, nem vantagens.

Na realização deste relatório, com percurso de investigação identifico como pontos fracos, o tempo para a realização das diferentes fases do estágio, a adesão e tempo de resposta dos profissionais aos questionários, as evidências científicas escassas e a inexperiência na área da investigação. Dos pontos fortes realça-se a motivação e “força de vontade” para investir no desenvolvimento profissional e pessoal. O “saber não ocupa lugar” é um provérbio que acompanha a vida e fundamenta-se no “saber, saber fazer, saber estar e saber ser”. Apreendemos a aprender em todos as idades, em todos os lugares, em todas as circunstâncias, com todas as pessoas, em suma, aprende-se vivendo e vive-se aprendendo.

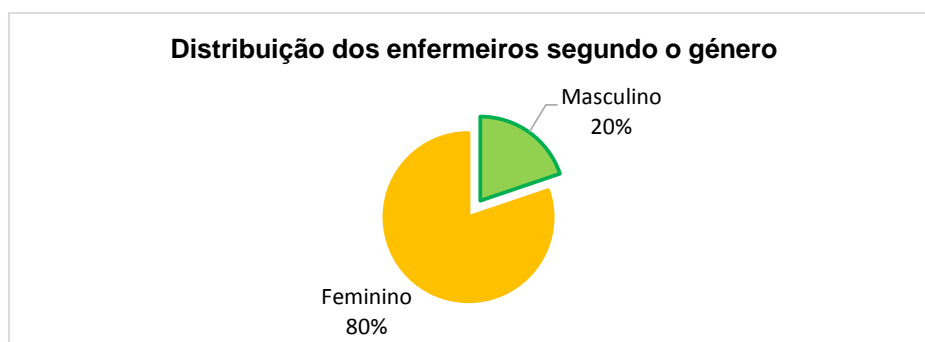
## 5- Análise e discussão de resultados

O tratamento estatístico dos dados colhidos efetuou-se através da estatística descritiva do programa IBM SPSS Statistic 22® e do programa Microsoft Excel 2016®. No SPSS recorreu-se às tabelas de referência cruzada e personalizadas para verificar possíveis influências relativamente as variáveis independentes

### 5.1- Caracterização da população

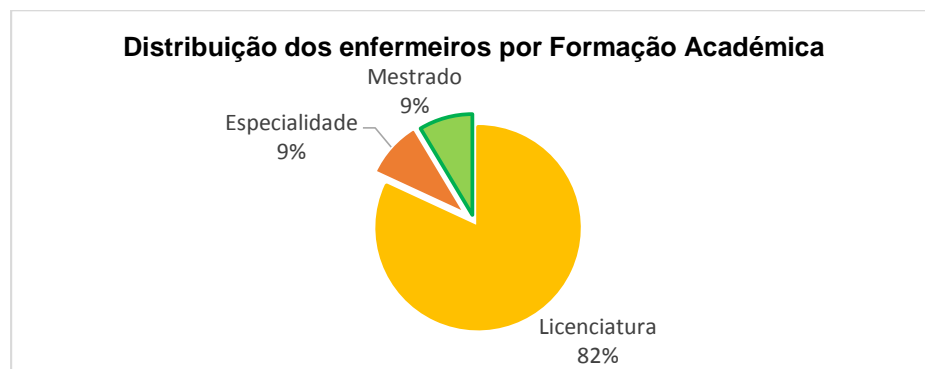
O conjunto de enfermeiros questionados é maioritariamente do sexo feminino (80,2%), corroborando com a caracterização da amostra nacional de enfermeiros num estudo realizado pela OE em 2010, que 79% da amostra é do sexo feminino (Fernandes, et al., 2010).

*Gráfico 1- Distribuição dos enfermeiros segundo o género*



Na sua formação académica a globalidade (81,9%) têm como nível máximo a licenciatura. Os restantes, 9,5% tem uma especialidade e 8,6% são mestres.

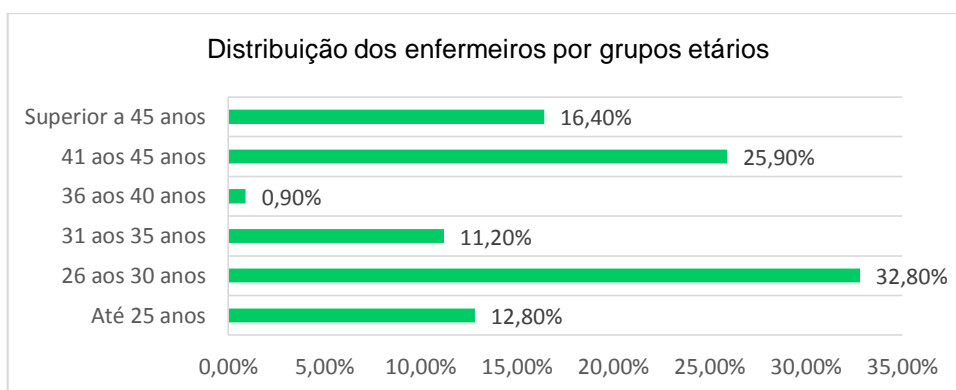
*Gráfico 2- Distribuição dos enfermeiros por Formação Académica*





Relativamente a idade, o grupo etário com maior número de enfermeiros é 26 aos 30 anos com 38 (32,8%) enfermeiros, seguido do grupo dos 41 aos 45 anos com 30 (25,9%) enfermeiros e superior a 45 anos 19 (16,4%) indivíduos. Esta situação difere um pouco dos resultados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros referente ao ano de 2014, relativamente ao grupo etário superior a 45 anos que corresponde a 18669 (28,1%), segue-se então 26 aos 30 anos 14062 (21,2%) e o grupo dos 41 aos 45 anos é representado por 7004 (10,5%). Esta diferença poderá ser influenciada pela aptidão na robustez física e altamente tecnológica necessária para a prestação de cuidados numa unidade de hemodiálise.

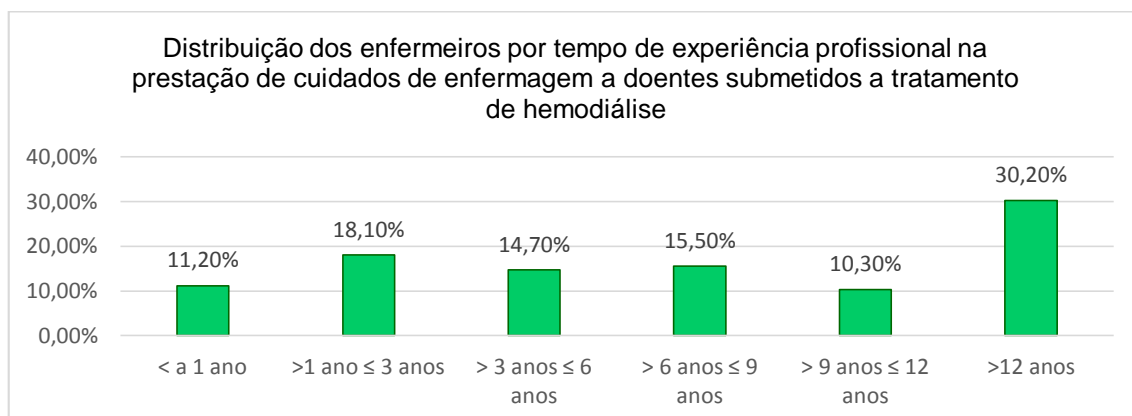
Gráfico 3- Distribuição dos enfermeiros por grupos etários



No que concerne a experiência profissional verifica-se que a amostra é maioritariamente perita, têm enorme experiência, atendendo ao desenvolvimento de competências de Benner (2001). A experiência é definida como “Resultado quando as noções pré-concebidas são desafiadas, aperfeiçoadas ou refutadas” (Brykczynski, 2004). Para Benner o desenvolvimento prático pode expandir a teoria, sendo que “A prática engloba noção de excelência, através de estudos da prática, as enfermeiras podem descobrir novos conhecimentos” (Brykczynski, 2004). Desta forma, considerando que os conhecimentos da prática são preponderantes, pelo que será relevante a análise do tempo de serviço em hemodiálise com os níveis de competência. A mesma autora postula que o conhecimento deriva do tempo de prática de uma disciplina (experiência).

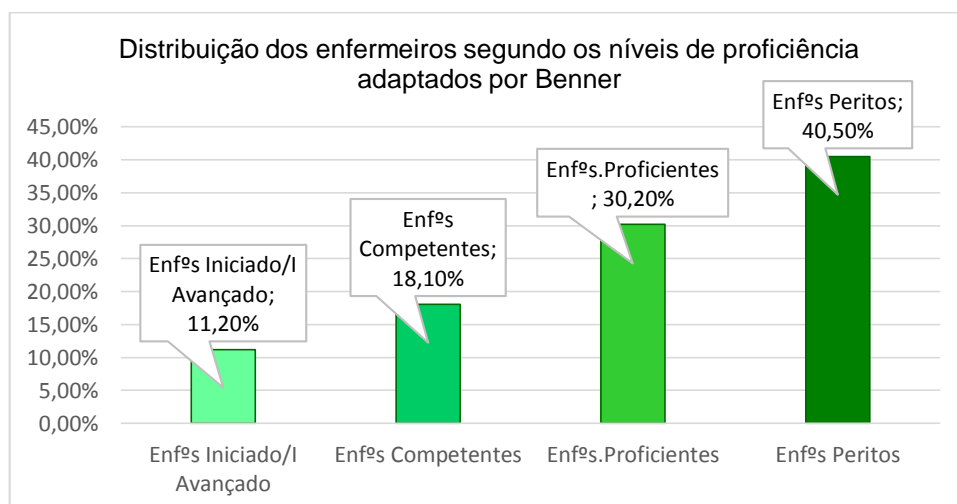
No que respeita ao tempo de trabalho em serviço de hemodiálise a maioria situa-se no grupo superior a 12 anos com 35 (30,2%) enfermeiros e se a este associar-se um grupo com vasta experiência também, com experiência superior 9 anos e inferior ou igual 12 anos 12 (10,3%), representa que no grupo estudado 40,5% dos enfermeiros pode ser ponderado, segundo Benner como peritos.

Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência profissional na prestação de cuidados de enfermagem a doentes submetidos a tratamento de hemodiálise.



A enfermeira proficiente trabalha com a mesma população há pelo menos cinco anos “apercebe-se das situações como uma globalidade” (Benner, 2001). Neste grau de desenvolvimento com experiência entre os 3 e 9 anos estão 30,2% dos enfermeiros. A enfermeira competente trabalha na mesma área há dois ou três anos e “apercebe-se dos seus actos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo”, incluindo neste 18,1% dos enfermeiros.

Gráfico 5- Distribuição dos enfermeiros segundo os níveis de proficiência adaptados por Benner.



Desta forma, está-se perante uma amostra de enfermeiros com uma vasta experiência na prestação de cuidados de enfermagem aos doentes em programa de hemodiálise, que pelas suas competências de desenvolvimento possuem capacidade de identificarem as necessidades de cuidados durante a sessão de hemodiálise, permitindo caracteriza-las. “As enfermeiras peritas parecem ser capazes de identificar comportamentos particulares nos doentes que sofrem de certas patologias” (Benner,

2001, pag 130), tem “ a capacidades de responder às solicitações e às necessidades dos diferentes doentes, sem descurar informação importante ou passar ao lado de necessidades significativas” (pag.174) e “aprendem a organizar, planificar e coordenar as diferentes necessidades e solicitações dos doentes” (Benner, 2010, pag. 176).

A nível da análise estatística, através do SPSS®, considerou-se a recodificação da variável tempo de trabalho em serviço de hemodiálise atendendo ao modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus adaptados por Patrícia Benner para identificar alguma analogia entre a importância atribuída e as competências adquiridas pela experiência.

## **5.2- Análises de resultados**

Segundo Henderson “a enfermeira serve como substituta para tudo o que falta ao paciente de forma torna-lo “completo”, “total” ou “independente” considerando a sua disponibilidade de força física, o seu desejo ou o seu conhecimento para a obtenção de boa saúde.” (Furukawa & Howe, 2000, pag. 63). A mesma teórica define a fase do planeamento dos cuidados de enfermagem “como a adequação do plano às necessidades individuais e a sua atualização conforme as suas necessidades” (Furukawa & Howe, 2000, pag.66).

Com o questionário aplicado pretende-se identificar as necessidades de cuidados de enfermagem que os enfermeiros mais valorizam e quais as que efetuam diariamente. Neste capítulo analisa-se os resultados referente a cada necessidade de cuidados identificados, remetendo para os componentes das necessidades básicas de Virgínia Henderson.

### **“Respirar normalmente (1)”**

Perante as referências bibliográficas contata-se que pode estar presente alteração do padrão respiratório nos doentes com DRC. Concordante, 45,7% dos enfermeiros considera muito importante avaliar a frequência respiratória durante o tratamento e 34,5% importante, mas quando questionado relativamente a sua execução diariamente, um considerável número de enfermeiros 50 (43,1%) refere que não avalia. A importância atribuída a avaliação da frequência respiratória varia um pouco em função do tempo de serviço, os enfermeiros com menos tempo de serviço atribuem ligeiramente maior importância, quando comparados com os enfermeiros mais experientes. E também são estes que mais manifestam a sua realização diária. Este fato pode ser atribuído a menor experiência para efetuar diagnósticos.

Por outro lado, a verificação da presença de edemas é quase consensual 83 (74,1%) enfermeiros alude que é muito importante e 103 (92%) executa diariamente esse cuidado de enfermagem. Pode-se averiguar que os enfermeiros com mais experiência atribuem maior importância e referem executa-lo diariamente, podendo esta situação estar relacionada com a sua competência de análise da globalidade da situação e da compreensão do que estão a ver.

### **“Comer e beber de forma adequada (2)”**

A adequação ao regime alimentar é fundamental para o sucesso do tratamento quer no sentido da prevenção da desnutrição, quer nos “abusos” alimentares cometidos. Desta forma, os enfermeiros, 76,7% atribuem muita importância à identificação de défice de conhecimento sobre o regime alimentar adequado (excesso ponderal, sinais e sintomas de alteração iónica) e executam esta tarefa diariamente 83,5% dos enfermeiros. Sucedendo que esta atribuição de importância e execução é semelhante nas diferentes fases de desenvolvimento de competências. No que respeita a necessidade de ajuda a atribuição do grau de importância remete para o muito importante com 53,4% e importante 34,5%, mas é uma necessidade de cuidados que os enfermeiros suprimem diariamente, 98 (84,5%) manifestaram que o fazem. Os enfermeiros peritos são os que lhe atribuem maior importância e também são os que executam mais este cuidado. Curiosamente os enfermeiros do grupo dos proficientes na sua maioria situa-se no grau de importante 48,6%, mas 80% refere atuar diariamente nesta necessidade de cuidados. Pode-se explicar, pelo desenvolvimento de competências, que este grupo “Acredita que a teoria sobre a qual as suas competências e os seus actos estão fundados no início, não era senão um amontoado inútil e enganador.” (Benner, 2001, pag. 57). A necessidade de substituição no componente “comer e beber” de Virgínia Henderson, que significa a necessidade de substituir a pessoa doente quer por limitação da força (física) e vontade (sociopsicológica) tem uma distribuição da sua importância entre os graus de, com alguma importância e muito importante sem grande expressão nas frequências. Esta situação pode ocorrer por não existir necessidade de o fazer muitas vezes, 37,7% refere que não o faz diariamente.

### **“Eliminar os resíduos corporais (3)”**

Alusivo ao componente “Eliminar os resíduos corporais” não existe uma maioria expressiva só metade da população dos enfermeiros respondentes consideram muito importante substituir e ajudar a pessoa, bem como identificar as características das fezes e da urina através da entrevista (despiste de complicações). Os enfermeiros menos experientes na sua generalidade atuam diariamente sobre esta necessidade 92,3% na

substituição da pessoa e 84,6% na ajuda durante a ida ao WC, mas só 53,8% refere como muito importante a substituição e 58,8% menciona a ajuda como muito importante.

#### **“Movimentar-se e manter a postura corporal correta (4)”**

A fraqueza muscular, a dor no corpo, a fadiga, a mobilidades restrita, entre outros sintomas comprometem o movimentar-se e manter a postura correta definido como uma necessidade por Virgínia Henderson. Uma maioria discreta dos enfermeiros atribuiu o grau de muito importante às necessidades de substituição por dependência, deslocação de cadeira de rodas (60,9%); na necessidade de ajuda na movimentação, deslocação com apoio de terceira pessoa (62,1%) e necessidade de parceria para levantar do cadeirão (65,5%), sendo quase unânime que diariamente atuam perante estas necessidades de cuidados. Acontece-se que 100% colabora na parceria com a pessoa no momento do levantar do cadeirão. A maioria dos enfermeiros considerados peritos quando comparados com os restantes atribuem importância máxima à necessidade de ajuda na movimentação (68,1%) e na parceria para levantar do cadeirão (70,2%).

A incapacidade na realização da hemóstase por parte do doente e a necessidade de realização desta por parte dos profissionais, para garantir o melhor manuseamento do acesso vascular e minimizar as perdas de sangue acidentais, projeta-a para uma das necessidades que consensualmente os enfermeiros atribuem importância máxima. Noventa e seis (83,5%) dos enfermeiros concede grau muito importante e 19 (16,5%) atribuiu grau de importante na incapacidade de realização de hemóstase, não havendo respostas nos outros graus de importância e 100% dos respondentes atuam diariamente nesta necessidade de cuidado. É fácil identificar que os enfermeiros na sua globalidade (96,5%) manifestam que diariamente ensinam a realizar a hemóstase eficazmente para minimizar perdas hemáticas e possíveis complicações por excesso de pressão e que 88,8% deles atribuem importância máxima a esta necessidade de ensino.

Segundo Arenas, et al. (2006), um estudo multicêntrico, sobressai que o requerimento de ajuda deve-se fundamentalmente a perda de autonomia na mobilização por alterações do aparelho locomotor e em menor quantidade por transtornos psicológicos. Neste concluíram que 45,6% dos doentes apresenta algum tipo de dependência, conclusão semelhante ao estudo de Periz, Arroyo, & Ihanêz (2010) com escala validada. Esta situação converge para a valorização que o enfermeiro conferiu à necessidade de substituição, ajuda e parceria nas necessidades referidas anteriormente, bem como a necessidade de atuação diária nas mesmas.

### **“Manter a temperatura corporal dentro dos valores normais (7)”**

O doente com DRC em programa de hemodiálise como já mencionado na revisão da literatura está mais suscetível à infeção, pelo que este componente se considerou uma necessidade de cuidado durante a sessão de hemodiálise. Dos enfermeiros questionados 68,7% evidenciaram que a avaliação da temperatura é uma necessidade de cuidados muito importante de avaliar e 25,2% considera importante. Apenas 5 (4,3%) dos enfermeiros não realiza esta avaliação diariamente. Destacou-se que a maioria (81%) dos enfermeiros pertencentes ao grupo dos enfermeiros competentes atribuíram importância máxima a esta necessidade de cuidado. No estudo de Tzanakaki, et al. (2014) emerge que as duas maiores causas de hospitalização estão relacionadas com a infeção do cateter e o edema pulmonar. Segundo Lok & Mokrzycki (2011) a bacteriemia relacionada com o CVC é uma significativa causa de perda de saúde. Confirma-se, desta forma, a importância de avaliar temperatura para despiste de possível complicação.

### **“Evitar o risco do ambiente (9)”**

Virgínia Henderson considerou um dos seus componentes básicos de enfermagem “evitar os perigos ambientais”, a unidade de hemodiálise e o tratamento em si representam perigos potenciais para os doentes e profissionais, mas neste contexto serão abordados somente os perigos para os doentes. Tendo em consideração os resultados da pesquisa foram selecionados as necessidades de cuidados que poderão colocar o doente em risco e questionamos os enfermeiros sobre o grau de importância que lhe atribuíam.

O hematoma poderá contribuir para complicações do acesso vascular pelo que a atuação perante este deve ser imediata. A generalidade dos enfermeiros 93,1% (108) considera a atuação na presença de hematoma muito importante, sendo que 100% dos enfermeiros considerados peritos imputaram a esta necessidade importância máxima. Relativamente a atuação diária perante esta necessidade de cuidado apenas 9 (7,8%) enfermeiros não a realiza diariamente. Quando analisada a relação com a experiência profissional são os enfermeiros do grupo dos proficientes que mais sinalizaram que não atuam diariamente sobre a presença de hematoma. Todos os enfermeiros do grupo dos iniciados referem atuar diariamente na presença de hematomas, o que se poderá explicar pela sua maior inexperiência.

A remoção accidental da agulha coloca o doente em risco podendo levar a morte, existindo comportamentos preventivos que devem ser assegurados numa sessão de hemodiálise. Os dados colhidos refletem um pouco da preocupação com esta situação, 104 (89,7%) dos enfermeiros considera uma necessidade de cuidado muito importante.

Os enfermeiros renomeados peritos são os mais expressivos nesta situação, ou seja, 97,9% destes atribui muita importância a remoção acidental da agulha. Como enfermeira especialista fica uma preocupação 88,8% respondeu que atua diariamente nesta necessidade de cuidado, sendo os enfermeiros do grupo dos iniciados e o dos peritos que mais manifestaram essa situação. Neste sentido a prática deve ser analisada, porventura será necessária formação sobre segurança e fixação das agulhas. Pretende-se que estas situações sejam nulas ou muito pouco frequentes..

O risco de queda durante a sessão de hemodiálise está associado a diversos fatores, como por exemplo, consequência de complicação intradialítica, alteração da acuidade visual e alterações músculo-esqueléticas. Apesar de ser reconhecido este risco não existe uma grande concordância dos valores obtidos, 14 enfermeiros consideram com alguma importância, 39 importante e 61 muito importante e 30 referem não efetuar a avaliação de risco de queda diariamente. Mais confuso fica quando se analisa esta necessidade atendendo a experiência, a maioria dos enfermeiros com menos experiência atribuem grau máximo para esta necessidade, mas muitos sinalizaram que não efetuam esta avaliação. Por outro lado, o grupo dos enfermeiros peritos distribuíram-se essencialmente pelos graus de importante e muito importante, mas na sua maioria 80% realiza a avaliação do risco de queda.

As alterações da eritropoiese que se manifesta por valores de hemoglobina relativamente baixos com necessidade de recurso a terapêutica eritroestimulante é comum nesta população de doentes, pelo que a perda de sangue é uma preocupação acrescida. Por outro lado, para manter o CEC permeável é frequentemente administrado anticoagulante. O enfermeiro tem de estar atento para prevenir as perdas hemáticas que poderão ocorrer através da coagulação ou rotura do CEC, através dos locais de punção e durante a hemóstase. Pelo questionário percebe-se que 109 (94%) dos enfermeiros consideram muito importante esta necessidade de cuidados.

Tendo em foco o risco ambiental, as complicações intradialíticas mais frequentes, como a hipotensão, câibras, hipoglicémias, hipertensão e problemas de canulação tomam destaque relevante no grau de importância atribuído pelos enfermeiros. A globalidade dos enfermeiros, 113 (97,4%) considera muito importante e os restantes elementos importante. A maioria atua diariamente sobre esta necessidade de cuidados.

A execução de pensos de ferida cirúrgica, na unidade de hemodiálise está mais frequentemente relacionada com os cuidados à ferida após construção do acesso vascular ou tunelização do CVC, situações frequentes, mas, não reproduzíveis diariamente. Nesta questão os enfermeiros distribuíram-se por todos os graus de

importância, a maioria assumiu o grau muito importante 74 (64,3%) e 96 (82,8%) refere que executa esta necessidade de cuidado diariamente. Os enfermeiros menos experientes, do grupo dos enfermeiros iniciados e competentes são os que atribuíram maior grau de importância e que atuam mais frequentemente nesta necessidade de cuidado. Este fato pode corresponder a necessidade de mostrar “Hiperresponsabilidade pelo doente, muito mais vezes do que é realista.” (Brykczynski, 2004). Nos enfermeiros iniciados 92,3% realiza diariamente penso a lesão ou ferida cirúrgica.

A dor nestes doentes é multifatorial, podendo estar presente também pela canulação do acesso vascular. A maioria dos enfermeiros considera muito importante 73,7% (84), mas as opiniões são mais divergentes, mas mesmo assim 87,7% realiza esta avaliação diariamente. Mais uma vez, os enfermeiros com menos anos de experiência valorizam mais esta necessidade e atuam, também mais nela. O medo da punção pode estar, ou não relacionado com a dor. Os enfermeiros na sua generalidade 103 (89,6%) atuam diariamente na pessoa com medo da punção e valorizam esta necessidade entre os graus de, com alguma importância (4,3%) e muito importante (62,9%). O grupo de enfermeiros mais experientes, proficientes e peritos, são os que atribuem maior grau de importância na atuação da pessoa com medo da punção. A sua experiência permite-lhes reconhecer melhor estas situações e para os menos experientes os requisitos técnicos puderam sobrepor-se a uma avaliação mais global.

A avaliação do estado geral e orientação são essenciais para programação das medidas de segurança durante o tratamento. A maioria 98,2% dos enfermeiros faz esta avaliação diariamente, mas na atribuição de grau de importância apenas 67,8% relata como muito importante. Os enfermeiros do grupo dos iniciados, relativamente aos restantes, são os que declaram corresponder maior importância a esta necessidade.

A preparação do monitor de hemodiálise atendendo a sua regras de segurança é efetuada diariamente por todos os enfermeiros respondentes e a globalidade atribuí importância máxima. O mesmo acontece com a administração de terapêutica e hemoderivados através do CEC. Pode-se referir que os enfermeiros considerados menos experientes atribuem maior importância na administração terapêutica e de hemoderivados que poderá estar associada a menor competência na deteção precoce de intercorrências ou reações adversas. Os dados apresentados corroboram com a literatura que reforça que a sessão de hemodiálise é potencialmente perigosa e com procedimentos de alto risco, pelo que os eventos devem ser documentados e avaliadas por rotina (Thomas-Hawkins, 2014).



### Acesso Vascular

Os cuidados com o acesso vascular são cruciais para a adequação do tratamento. A preparação e avaliação do acesso antes da canulação permite perceber o seu funcionamento e a deteção de possíveis complicações. A literatura recente empolga, na preparação, a importância da lavagem do membro do acesso vascular, mas através deste questionário ainda se pode constatar que 42,6% dos enfermeiros não efetua diariamente a lavagem do membro portador do acesso vascular na pessoa que necessita de substituição e ajuda. No entanto, a maioria, 80 (69,6%) enfermeiros valoriza como muito importante a lavagem do membro, havendo 26 (22,5%) que considera importante, 7 (6,1%) com alguma importância, 1 (0,9%) pouco importante e 1 (0,9%) nada importante. Quando questionados com a importância atribuída ao treino e ensino 86 (74,1%) declara que é muito importante, 26 (22,4%) importante e 4 (3,4%) com alguma importância, mas uma grande percentagem 34,8% não efetua este ensino/treino diariamente. Os enfermeiros do grupo dos competentes são os que revelam maior adesão na realização diária da lavagem do membro e atribuem-lhe maior importância. Mas, são os enfermeiros peritos que mais afirmam realizar o treino e ensino. Na prática os enfermeiros têm de ser sensibilizados para a importância da lavagem do membro e para o seu impacto na saúde da pessoa doente.

Relativamente ao exame físico sumário a maioria 108 (93,1%) adjudicou-lhe a importância máxima, mas 2 (1,7%) referenciam como nada importante e não o efetua diariamente. Segundo EDTNA/ERCA (2014) o exame físico deve ser realizado antes de cada punção. Na análise de dados pode-se verificar, que apesar de uma diferença discreta os enfermeiros iniciados atribuem menos importância que os restantes, podendo ser consequência do seu comportamento extremamente limitado e rígido conforme menciona Benner (2001).

A observação dos sinais inflamatórios foi considerada um indicador isolado relativamente a avaliação do acesso vascular para a inclusão das necessidades de cuidados no doente com CVC. Verifica-se que todos os respondentes observam os sinais inflamatórios diariamente e que 112 (96,6%) enfermeiros imputam grau de muito importante a esta necessidade.

O recurso a técnica asséptica na conexão e desconexão dos doentes com acesso vascular, FAV, EAV ou Cateter é consensual entre os questionados, a maioria categoriza como muito importante e realiza-o dessa forma diariamente. A conexão e desconexão de doentes com CVC tem uma expressão quase unânime, todos os respondentes efetua esta necessidade com recurso a técnica asséptica. As primeiras canulações do acesso vascular requerem alguma cautela e preparação para o sucesso

da mesma, o procedimento deve ser explicado ao doente, o exame físico e a localização dos locais de canulação implicam tempo e experiência do profissional. Os enfermeiros na sua generalidade, 87,8% (101) consideram muito importante a conexão e desconexão dos doentes com FAV no primeiro mês de canulação. Em relação a atuação diária, 15 (13%) dos enfermeiros não o fazem. Será curioso, que ao contrário do que a bibliografia preconiza, que estas primeiras canulações sejam efetuadas por um enfermeiro experiente e qualificado, na amostra, os enfermeiros iniciados foram mais representativos (92,3%) na realização desta necessidade relativamente aos restantes.

A otimização do tratamento passa entre muitos outros parâmetros pela otimização do débito de bomba de sangue, situação que nem sempre é atingida com sucesso e que requer intervenção do enfermeiro. Quando questionados sobre a importância que atribuem a este indicador de necessidades contata-se que a maioria 107 (92,2%) lhe confere muita importância e que diariamente atuam sobre esta.

Através destes resultados parece ser possível apurar que o acesso vascular é uma preocupação da globalidade dos profissionais. Podendo-se reforçar este parecer com a adesão de todos os respondentes a atuação na monitorização e despiste de complicações e a sua valorização como muito importante para 95,7% dos enfermeiros. No ensino e orientação sobre os cuidados com o acesso vascular maioritariamente os enfermeiros atribuem importância máxima, 92,2% (107), sucedendo que os enfermeiros com menor experiência profissional são os que mais valorizam e executam o ensino. Diariamente, 104 (89,7%) enfermeiros executa esta necessidade de cuidado.

### **“Comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, temores e opiniões (10)”**

No que se refere ao componentes psicológicos definidos por Virgínia Henderson selecionamos apenas dois que foram considerados mais adequados ao contexto da sala de hemodiálise “comunicar-se com os outros expressando emoções, necessidades, medos e opiniões” e “aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento e à saúde normais e usar os serviços de saúde disponíveis” verificando-se que relativamente a estes existe uma maior divergência de opiniões dos enfermeiros.

A percepção sensorial pode estar afetada quer pela idade avançada do grupo de doentes em hemodiálise, quer pelas complicações e comorbilidades da sua situação patológica. Quando questionados os enfermeiros na sua maioria (90,5%) adequa as intervenções à percepção sensorial alterada do doentes, como exemplo a diminuição da acuidade auditiva e visual. Mas, relativamente a importância atribuída a esta necessidade de cuidados só 55,2% considera muito importante, 37,9% importante e

6,9% com alguma importância. Reconhece-se que os enfermeiros peritos (61,7%) atribuem mais importância a esta necessidade que os restantes e também são os que mais referem atuar adequando as suas intervenções à percepção sensorial alterada.

A imagem corporal pode estar comprometida pela presença inestética do acesso vascular, ajudar a pessoa a aceitar a sua imagem corporal é uma necessidade de cuidado a qual o enfermeiro deve estar atendo. Mas, não é consensual apenas 37,1% (43), valoriza como muito importante, 41,4% (48) importante, 20,7% (24) com alguma importância e 0,9% (1) nada importante. E 59,5% (69) atua para ajudar a pessoa a aceitar a imagem corporal. Os enfermeiros peritos são os que manifestam que atuam mais frequentemente sobre esta necessidade, o que seria de esperar pois são os que detêm uma visão mais global da situação.

A pessoa com DRC em fase terminal implica uma adaptação psicológica ao regime terapêutico que influencia a atuação do enfermeiro na sua relação com a pessoa doente. Não sendo muito expressivo, 62,1% dos enfermeiros considera muito importante a atuação atendendo as fases de adaptação psicológica ao regime terapêutico, importante 27,6% e com alguma importância 10,3%. Quanto a atuação 78,4% (91) atua nesta necessidade de cuidado. Tendo em conta o tempo de serviço verifica-se que os enfermeiros com menos experiência, enfermeiros iniciados e competentes, atribuem maior importância e também são os que mais declaram que atuam atendendo às fases de adaptação psicológica. Esta situação explica-se pela definição de que a enfermeira competente “baseia-se sobre uma análise consciente, abstrata e analítica do problema” Benner (2001). O mesmo acontece relativamente a importância concedida a adequação da comunicação às capacidades cognitivas são os enfermeiros com menos tempo de serviço em hemodiálise que mais importância atribuem a esta necessidade. Uma grande percentagem 89,7% (104) adequa a sua comunicação às capacidades cognitivas da pessoa. Na avaliação global ao grau de importância 59,1% respondeu que era muito importante, 32,2% importante, 7,8% com alguma importância e 0,1 % nada importante.

**“Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis (14)”**

Para Henderson os cuidados de enfermagem visam a aquisição da independência tão rapidamente quanto possível por parte do indivíduo e pressupõem conhecimentos para obtenção de boa saúde. A educação para a saúde é foco de atenção dos enfermeiros, mas pode ser uma área de atuação complexa atendendo a deterioração cognitiva que se poderá verificar nestes doentes. Os ensinamentos e orientações

sobre a dieta adequada e adesão ao regime terapêutico são valorizadas pelos enfermeiros de forma muito semelhante, 78,4% (91) atenta o ensino/orientação sobre a dieta adequada muito importante e 72,4% (84) considera muito importante o ensino orientação sobre adesão ao regime terapêutico. O grupo de enfermeiros competentes tendo em conta a experiência profissional em hemodiálise são os que mais manifestaram como muito importante o ensino nestas áreas.

O doente e família são uma unidade, segundo Henderson. Nos cuidados aos doentes em programa de hemodiálise esta unidade não pode ser esquecida. No entanto, averigua-se que 56% dos enfermeiros questionado não efetua diariamente ensino e orientação ao cuidador e o grau de importância atribuído também se esbate por diversos graus. Para muito importante 63,8%, para importante 31,9%, com alguma importância 2,6% e pouco importante 1,7%. Os enfermeiros com menos experiência em hemodiálise são os que parecem atribuir maior importância ao ensino do cuidador.

Em suma, no percurso do trabalho pode atestar-se que a avaliação das necessidades de cuidados nos doentes durante a sessão de hemodiálise é complexa. O objetivo deste trabalho é identificar as necessidades de cuidados de enfermagem aos doentes durante a sessão de hemodiálise, valorizadas pelos enfermeiros, com experiência na área. Estas foram identificadas com a revisão bibliográfica e posteriormente os enfermeiros identificaram a sua valorização através do questionário. Ainda se apreciou a adesão à realização das necessidades, questionando se efetua ou não diariamente as mesmas.

Atendendo que a distribuição da valorização por parte dos enfermeiros foi essencialmente no grau de muito importante, estatisticamente não permitiu efetuar uma distribuição da amostra simétrica que permitisse realizar testes de estatística inferencial. A escala de 1 a 5 provavelmente não foi a mais adequada, a existência de uma maior distribuição de valorização poderia conferir outros resultados. Contudo a população questionada foi de 116 enfermeiros, um número significativo de representantes.

O gráfico seguinte refere-se à distribuição por frequência em percentagem de todas as necessidades de cuidados segundo o grau de importância máxima e a atuação diária.

Da análise dos dados de frequência evidencia-se que as necessidades de cuidados mais valorizados pelos enfermeiros são as relacionadas com o acesso vascular, seguidas das catalogadas para a segurança e posteriormente as necessidades de educação para a saúde. Relativamente a segurança, os problemas mais comuns, identificados através na literatura incluem os eventos com o acesso

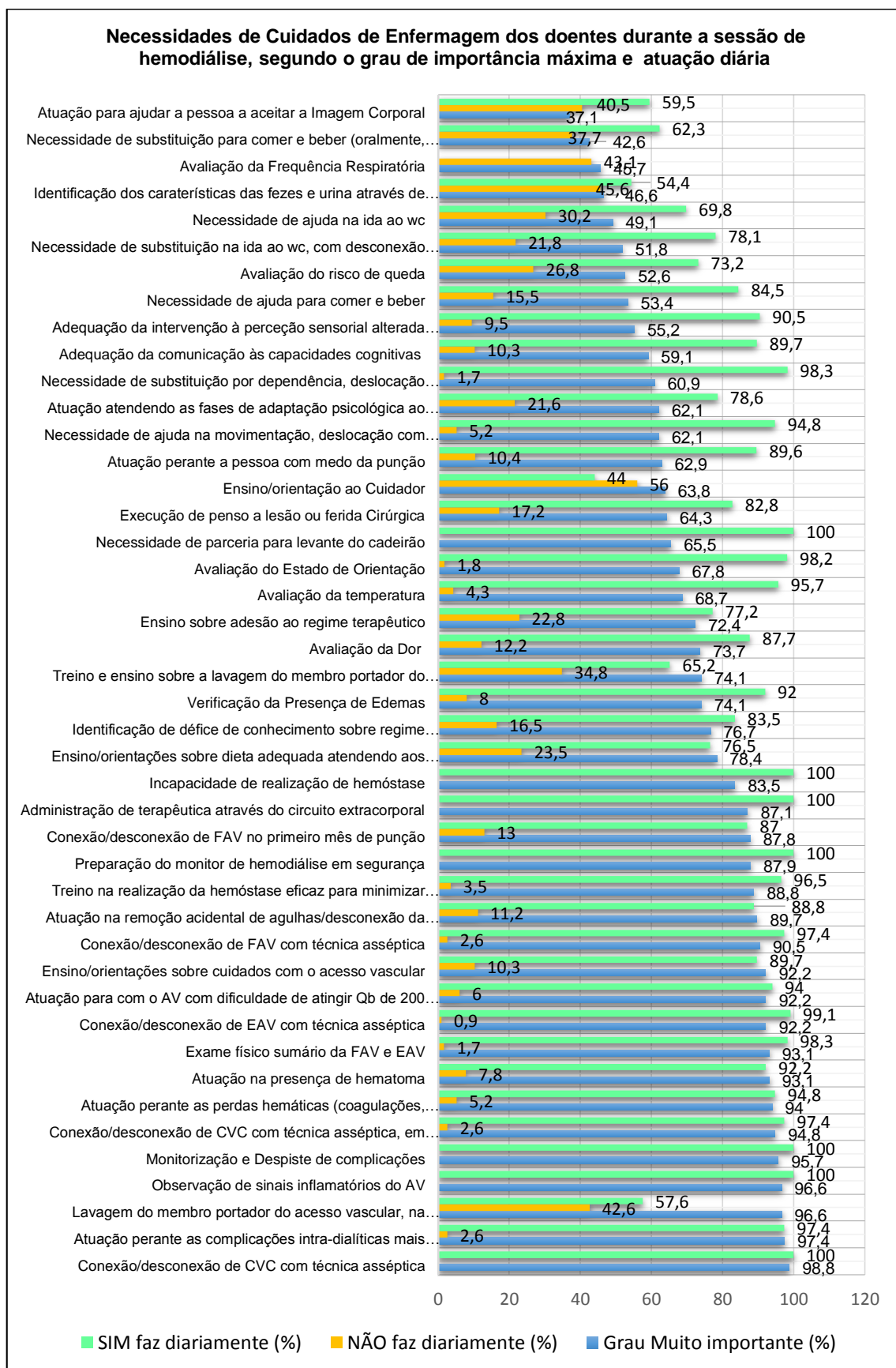
vascular e a perda de sangue, o que pode explicar a valorização atribuída pelos enfermeiros.

As necessidades aglutinadas à dependência e à comunicação na área a adaptação psicológica e emocional apresentam uma expressão menor na sua valorização. Para Sanches et. al. mencionado por Toledano, Cantarero, López, & Cuesta (2014) o tempo que a enfermeira dedica ao doente durante a sessão de hemodiálise é independente do grau de dependência e do envelhecimento, estando mais associado a variáveis como o tipo de acesso vascular. Esta declaração vai ao encontro dos dados colhidos em que os cuidados com o acesso vascular são dos mais valorizados e a necessidade de substituição, ajuda ou parceria tomam foco principal na mobilização, mas com valorização inferior aos acessos vascular.

A atuação para ajudar a pessoa a aceitar a imagem corporal é a necessidade menos valorizada pelos enfermeiros e não realizada diariamente por 40,5% destes. A mais valorizada é a conexão /desconexão dos doentes com CVC com técnica asséptica, seguida da atuação perante as complicações intra-dialíticas e posteriormente a lavagem do membro do acesso vascular, na pessoa que necessita de substituição e ajuda. Que por sua vez, não é realizada diariamente por 42,6% dos enfermeiros. Excetuando esta necessidade e o ensino/orientação ao cuidador em que a maioria não realiza essa necessidade diariamente, nas restantes percebe-se que as necessidades com maior percentagem de enfermeiros na valorização máxima também têm uma percentagem elevada de adesão na atuação diária. Em relação as necessidades de cuidados referentes ao componente de “Movimentar-se e manter a postura corporal correta” apesar de não ter uma valorização tão evidente pelos enfermeiros verifica-se que são necessidades de cuidados que tem de ser suprimidas diariamente, sendo consensual a sua realização e referidas por estes como necessidade que requerem elevado consumo de tempo. Estes dados aproximam-se dos resultados da revisão da literatura que realça que é comum os doentes manifestarem mobilidade restrita, dor no corpo e fraqueza muscular.

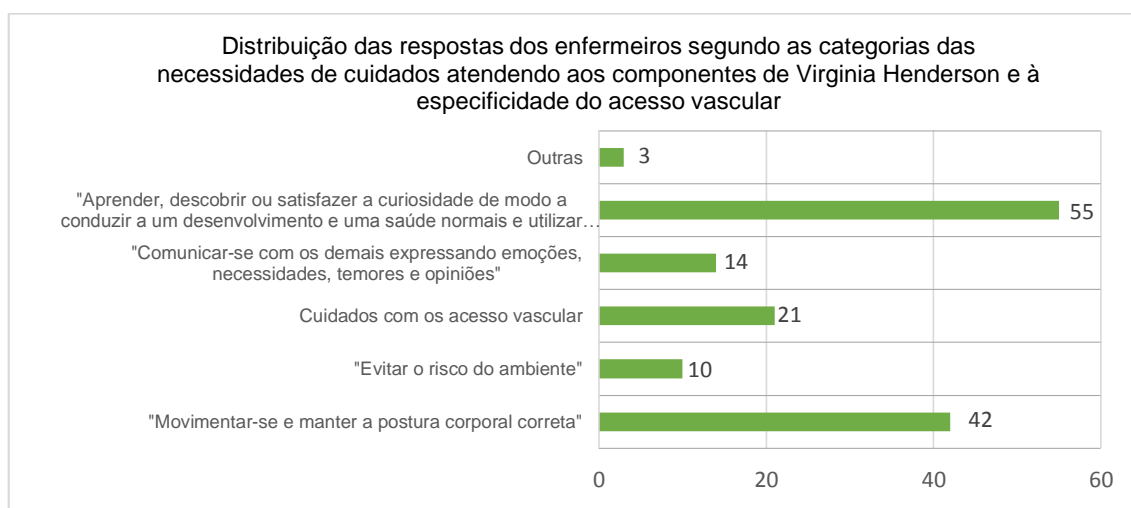
Pode-se pensar que as necessidades que se relacionam mais com a execução de uma técnica auditável poderá ter maior adesão de comportamento, atendendo aos resultados referentes a atuação.

Gráfico 6- Necessidades de Cuidados de Enfermagem dos doentes durante a sessão de hemodiálise, segundo o grau de importância máxima e atuação diária.



O tempo dedicado as necessidades de cuidados depende de diversos fatores quer relacionados com os doentes, quer com os profissionais, quer com o ambiente envolvente. No entanto, os enfermeiros reconhecem algumas necessidades de cuidados que requerem elevado consumo de tempo. Com o objetivo de identificar essas necessidades e por ventura identificar alguma necessidade que não tivesse sido reconhecida pela revisão da literatura efetuou-se uma questão aberta que solicitava essa identificação. Nesta questão responderam 88 enfermeiros com identificação das necessidades de cuidados que para eles consomem elevado tempo. A análise foi efetuada através da categorização utilizando o quadro referencial da Virgínia Henderson, criando posteriormente unidades de registo com o mesmo conteúdo semântico. Estas foram agrupadas em categorias comuns. Evidencia-se a especificação do acesso vascular pela sua especificidade.

Gráfico 7- Distribuição das respostas dos enfermeiros segundo as categorias das necessidades de cuidados atendendo aos componentes de Virgínia Henderson e à especificidade do acesso vascular



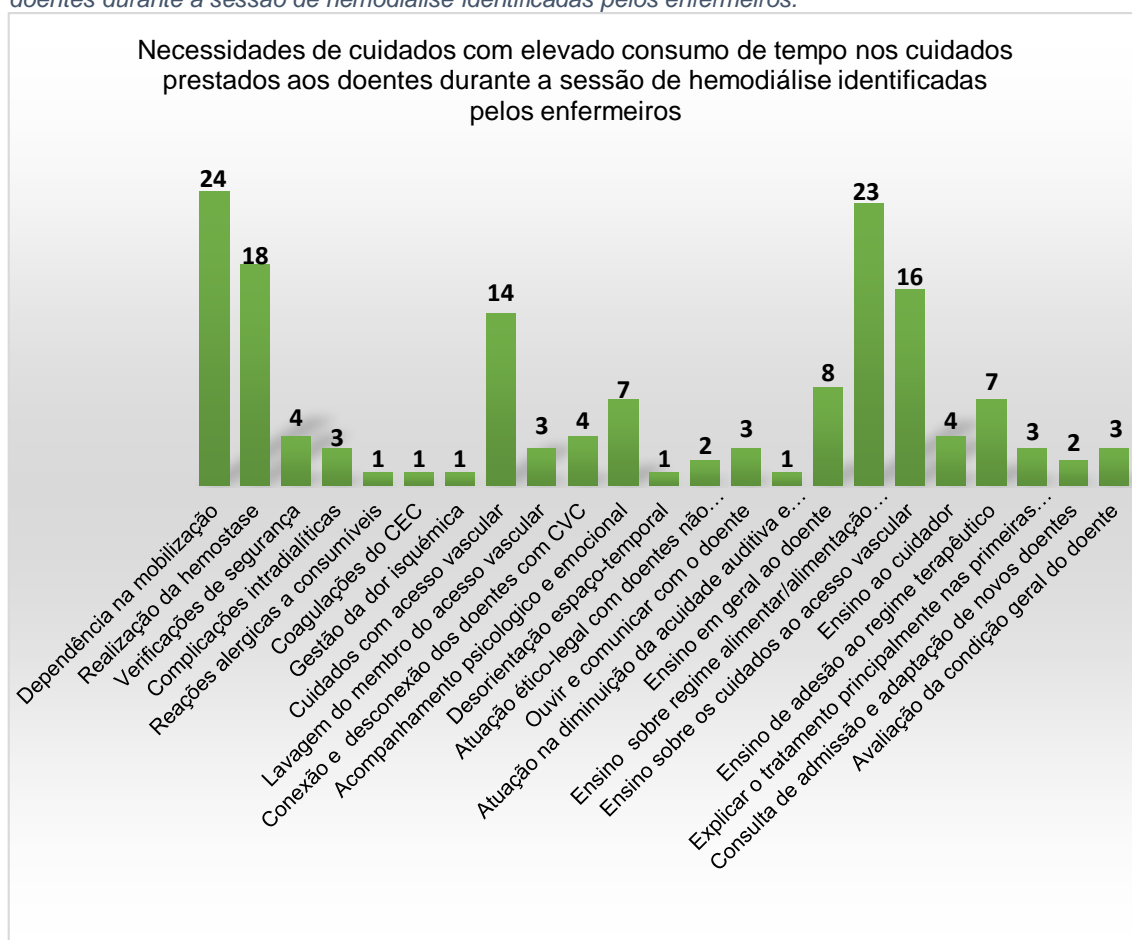
Apura-se que as necessidades identificadas se enquadram essencialmente em dois componentes de atendimento básico de enfermagem definidos por Virgínia Henderson "Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis" e "Movimentar-se e manter a postura corporal correta".

A dependência na mobilização foi a necessidade de cuidado mais identificada pelos enfermeiros relativamente ao consumo elevado de tempo, seguida do ensino sobre o regime alimentar e posteriormente a realização da hemóstase. As necessidades de cuidados referentes ao acesso vascular tomam grande evidência no contexto do tratamento de hemodiálise. Estes dados corroboram com os resultados do estudo de

Kleijn R. (2015) que realça que os cuidados diretos que determinam mais tempo foram os relacionados com a “*mobilidade*”, “*acessos vasculares*” e hemóstase. No estudo atual são mencionados os ensinamentos como uma necessidade que consome muito tempo, este fato, pode estar associada também, a alterações da capacidade cognitiva. Segundo o estudo de Nieto, Díaz, & Fernández (2010) os doentes em hemodiálise podem apresentar deterioração cognitiva maior que a população em geral. A deterioração dificulta a compreensão, reflexão e integração dos conhecimentos necessários para desenvolver condutas adaptativas a novas situações (Nieto, Díaz, & Fernández, 2010). Situação esta que poderá contribuir para a necessidade de consumir mais tempo a planear e realizar as intervenções educativas, conforme necessidade sentida pelos enfermeiros respondentes.

A questão aberta permitiu destacar a consulta de admissão e adaptação de novos doentes; a explicação do tratamento principalmente nas primeiras sessões e a avaliação da condição geral do doente, necessidades de cuidados de enfermagem que não tinham sido mencionados anteriormente.

Gráfico 8- Necessidades de cuidados com elevado consumo de tempo nos cuidados prestados aos doentes durante a sessão de hemodiálise identificadas pelos enfermeiros.





No estudo de Toledano, Cantarero, López, & Cuesta (2014) realizado em Espanha concluíram que relativamente aos tempos dedicados aos cuidados durante a sessão salientavam a dificuldade de canulação da FAV e o controlo da instabilidade hemodinâmica. No presente estudo a atuação perante as complicações intra-dialíticas tem valorização de destaque e elevada adesão do comportamento de atuação diária, mas a dificuldade de canulação não foi identificada pelos enfermeiros.

Relativamente aos componentes fisiológicos analisados, “respirar normalmente”, “comer e beber adequadamente”, “eliminar os resíduos orgânicos”, “movimentar-se e manter a posturas desejáveis”, “manter a temperatura corporal dentro da variação normal”, “evitar os perigos ambientais” e aos componentes psicológicos, “comunicar-se com os outros expressando emoções, necessidades, medos e opiniões” e “aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento e à saúde normais e usar os serviços de saúde disponíveis” parece não haver uma nítida valorização de uns em detrimento de outros.

No estudo de Kleijn R. (2015) sobre uma escala de avaliação da carga de trabalho durante a hemodiálise a nível da categoria independência consideraram necessário como indicador a mobilidade, alimentação e eliminação, incluíram o acesso vascular, as intervenções psicosociais, a educação, a administração terapêutica, o cuidado à ferida, avaliação da dor, avaliação do débito do acesso o que vai de encontro aos dados colhidos.

Ao identificar-se as características das necessidades de cuidados dos doentes em hemodiálise poder-se-á na prática clínica, nas unidades de hemodiálise, utiliza-las para análise e adequação dos recursos pelas necessidades de cuidados. A complexidade dos doentes pelas inúmeras comorbilidades, as dependências e as necessidades de cuidados cada vez mais especializados requer planificação do trabalho nestas unidades.

A atual pesquisa, futuramente, poderá contribuir para mais um momento de desenvolvimento científico, com a elaboração de uma ferramenta que auxilie os enfermeiros a adequar os recursos consoante as necessidades de cuidados de enfermagem neste contexto. E poderá contribuir para o reconhecimento das necessidades de cuidados de enfermagem durante a sessão de hemodiálise que deverão ser valorizadas aquando a elaboração de cálculos de recursos.

## 6- Conclusão

O presente relatório retrata o trajeto realizado durante o estágio no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem, que conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências de enfermeira especialista na Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Vertente Nefrológica.

A reflexão sobre a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista foi extremamente construtiva. Estimular o raciocínio crítico integrando as atividades desenvolvidas nas diversas competências foi uma mais-valia para o processo de desenvolvimento. Permitiu, ainda, incorporar a verdadeira missão do enfermeiro especialista na prática, como agente de mudança. Ressalta-se a importância da evidência científica para enfrentar este desafio. Em cada contexto prático podem ser inseridas melhorias que concorram para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O envolvimento nos locais de estágio permitiu uma observação privilegiada, a aquisição de conhecimentos e uma enriquecedora partilha de experiências entre pares. Esta situação converge com o Modelo Dreyfus da aquisição de competências que menciona que “um certo nível de envolvimento é necessário para que se desenvolva o sentido de observação.” (Benner, 2001).<sup>5</sup>

As aprendizagens e experiências vividas ajudaram a alcançar o grau de enfermeira perita em algumas intervenções. As “enfermeiras peritas aprendem a organizar, planificar e coordenar as diferentes necessidades e solicitações dos doentes, e a adaptarem incessantemente as suas prioridades às mudanças constantes do seu estado”, apercebe-se da “situação como um todo (...) utiliza como paradigma de base as situações concretas que já viveu” (Benner, 2001). O contexto da especialização “é igualmente importante nos domínios da enfermagem relacionados com a *“função de ajuda”* e *“função de educação e orientação”* (Benner, 2001). As sessões de ensino na TSFR diálise peritoneal e na hemodiálise ofereceram a oportunidade de desenvolver estes domínios.

Os conhecimentos que permitem atuar na “situação como um todo” advêm da experiência prática e da experiência adquirida pelos conhecimentos científicos. Identificar as necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes durante a sessão de hemodiálise foi um desafio na área da investigação.

---

<sup>5</sup> “Benner reconhece que o seu pensamento em enfermagem foi muito influenciado por Virgínia Henderson.” (Brykczynski, 2004)

A complexidade de cuidados na prestação durante a sessão de hemodiálise é imensa e abarca diversos domínios. A conceptualização pela modelo Teórico de Virgínia Henderson permitiu identificar algumas das necessidades de cuidados de enfermagem atendendo aos componentes por ela definidos e justificar o racional das mesmas.

Dos resultados dos questionários efetuados a enfermeiros com experiência na área conclui-se que os cuidados ao acesso vascular, as necessidades para garantir a segurança e a educação em saúde são as mais valorizadas pelos enfermeiros. Tomam representatividade relativamente ao elevado consumo de tempo as necessidades relacionadas com a mobilização, o ensino sobre o regime alimentar e a realização da hemóstase. Estes resultados corroboram com a literatura.

A nível da atuação diária sobre as necessidades identificadas salienta-se uma adesão a nível dos 50% para a lavagem do membro portador do acesso vascular, considerado pela maioria uma necessidade muito importante e uma adesão inferior a 50% no ensino e orientação ao cuidador. Expetava-se, pela literatura maior adesão na atuação sobre estas necessidades. O enfermeiro especialista pode ter uma atuação privilegiada, ao deter um conhecimento na sua área de especialidade podendo fornecer educação para a saúde nas necessidades identificadas como, a negociação do regime alimentar, a adequação dos cuidados com o acesso vascular e realização da hemóstase, entre muitos outros. Recomendaria a sensibilização dos enfermeiros para estas necessidades de cuidados que imputaria para os doentes importantes ganhos em saúde.

A experiência profissional na área é um fator relevante, para creditar a valorização das necessidades de cuidados identificadas pelos enfermeiros. Realça-se que a maioria está no estado de desenvolvimento de competências adaptado por Benner, de perito. Através da análise dos resultados os enfermeiros com mais experiência demonstraram imputar maior importância a dados relativos a segurança, como o hematoma, remoção acidental da agulha, risco de queda, atuação perante a pessoa com medo da punção; à perceção sensorial e aceitação da imagem corporal; ao exame físico do acesso vascular; ao treino para a lavagem do braço e à mobilização. Os menos experientes atribuíram maior importância ao ensino, a avaliação dos sinais vitais temperatura e dor; a administração de terapêutica; a lavagem do membro portador do acesso vascular; a conexão e desconexão da FAV no primeiro mês e a atuação perante o hematoma.

Com este trabalho identifica-se um vasto leque de necessidades de cuidados dos doentes durante a sessão de hemodiálise, que poderão contribuir para a caracterização das necessidades de cuidados.

Na prática este trabalho, a nível da gestão, poderá cooperar para a avaliação e adequação de recursos atendendo às necessidades, numa unidade de hemodiálise. A avaliação das necessidades dos doentes neste contexto e a sua distribuição por enfermeiro responsável, atendendo as suas necessidades de cuidados, poderá contribuir para maior qualidade, segurança, eficiência e motivação para os profissionais.

Os resultados colhidos oferecem à prática e ao ensino de enfermagem necessidades de cuidados para as quais deveremos atribuir maior atenção e valorização. A revisão da literatura reforça a importância da lavagem do membro portador do acesso vascular, a hemóstase, a segurança na fixação das agulhas, avaliação do risco de queda, o ensino ao cuidador, a atuação na dor e no medo da punção. Para estas necessidades deverá existir mais formação e sensibilização.

Futuramente, relativamente a investigação em enfermagem, poderá ser ponto de partida para uma ferramenta de avaliação da necessidade de cuidados influenciando a organização de recursos, quer na atribuição de postos de doente, quer de enfermeiros e auxiliares que poderão conduzir a cuidados mais seguros e de maior qualidade.

As necessidades de cuidados dos doentes não são um fator isolado, mas poderão convergir para a análise e discussão da adequação de recursos humanos e técnicos. Conforme recomenda *International Council of Nurses (ICN)* "Definir o que são dotações seguras no contexto das necessidades dos doentes" (ICN, 2006). Penso ter cooperado para a identificação das necessidades dos doentes durante a sessão de hemodiálise.

A nível do rigor científico, na utilização dos recursos estatísticos existentes, as metodologias, as etapas do processo serão um ponto a melhorar para novas intervenções na área da investigação, fica o despertar para a importância da evidência científica e de tudo a que ela se associa.

Chegar ao fim deste relatório perceciona uma missão cumprida. Os caminhos tortuosos conduzem ao desenvolvimento, ao aperfeiçoamento, à reflexão e ao desenvolvimento de competências. Penso ter atingido o objetivo de adquirir competências de enfermeira especialista na Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Vertente Nefrológica.

## 7- Bibliografia

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and their Work. 8ª Edition*. ELSEVIER.
- ANNA. (01 de Maio de 2016). *ANNA learning, leading, connecting*. Obtido de <http://www.annanurse.org/about/association/strategic-plan>
- Arenas, M. D., Álvarez-Ude, F., Angoso, M., Berdud, I., Antolin, A., Lacueva, J., . . . Soriano, A. (2006). Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis: estudio multicéntrico. *Nefrología. volumen 26. número 5*, 600-608.
- Association, A. N. (Junho, 2013). *Advanced Practice in Nephrology Nursing*.
- Auer, J. (2007). Perspectivas Psicológicas. Em N. Thomas, *Enfermagem em Nefrologia. 2ª Edição* (pp. 78-110). Lusociência.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Ribeiro, R. d. (2008). Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodilítico: revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista Enfermagem*; 21, pp. 179-186.
- Brykczynski, K. A. (2004). De principiantes a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra\_ Modelos e Teorias de enfermagem* (pp. 185-207). Loures: Lusociência.
- Carvalho, T., Ponce, P., Jorge, G., Vieira, L., Santos, A. d., & Morais, J. A. (2010). Acesso Vascular. Em F. M. Care, *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp. 47-66). Fresenius Medical Care.
- Castro, C. D., Murphy, L., & Battistella, M. (Julho - Setembro de 2013). Pain assessment and management in hemodialysis patients. *Journal Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists (CANNT)*, pp. 29 - 34.
- Chalmers, C. A. (2005). Anatomia e Fisiologia aplicadas e o processo de doença renal. Em N. Thomas, *Enfermagem em Nefrologia. 2ª Edição* (pp. 29-77). Lusociência.
- Chamney, M. J. (2007). *Competency Framework*. EDTNA/ERCA.
- Condé, S. A., Fernandes, N., Santos, F. R., Chouab, A., Mota, M. M., & Bastos, M. G. (July/september de 2010). Declínio Cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes em diferentes estágios da doença renal crónica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia. vol 32 no 3*.
- Cook, W., & Jassal, S. (2008). Functional dependencies among the elderly on hemodialysis. *Kidney International*, pp. 1289-1295.
- DGS. (14 de Junho de 2010). *Nº: 13/DQS/DSD Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa.
- DGS. (14 de Junho de 2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma da DGS. 017/2011*.

- Dini, A. P., Fujulin, F. M., Veríssimo, M. d., & Guiarardello, E. d. (2011). Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: Construção e Validação de Categorias de Cuidados. *Revista Esc. Enfermagem USP*. 45 (3), pp. 575-580.
- EDNTA/ERCA. (2009). *Peritoneal Dialysis A Guide to Clinical Practice*. Aase Riemann, Maria Cruz Casal.
- EDTNA/ERCA. (1995). *European Standards for Nephrology Nursing Practice*. J. -P. Van Waelegheem and P. Edwards.
- EDTNA/ERCA. (2000). Obtido de Nephrology Nurse Profile: <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>
- EDTNA/ERCA. (2007). *Doença Renal Crónica (Estadio 1-3) Guia para a prática clínica*. Althea Mahon e Karen Jenkins.
- EDTNA/ERCA. (2011). *Conservative Management in Advanced Kidney Disease\_A Guide to Clinical Practice*. Karen Jenkins, Lesley Bennett, Tai Mooi Ho.
- EDTNA/ERCA. (2014). *A guide to Implementting Renal Best Practice in Haemodialysis*. Jitka Pancírová e Anki Davidson.
- EDTNA/ERCA. (2014). *Vascular Access Canulation and Care*. Madrid: Maria Teresa Parisotto; Jitka Pancirova.
- EDTNA/ERCA. (1 de Maio de 2016). *EDTNA/ERCA caring together*. Obtido de <http://www.edtnaerca.org/pages/about/mission.php>
- Fadilia, W., Adlouni, A. A., N. L., Allah, M. H., Kissani, N., & Laouad, I. (2014). Prevalence and risk factors of cognitive dysfunction in chronic hemodialysis patients. *Aging & Mental Health; Vol. 18, No. 2*, pp. 207–211.
- Fernandes, R., Martins, B., Maurício, B., Matos, D., Ferreira, D., Afonso, L., . . Morgado, T. (2010). *SITUAÇÃO PROFISSIONAL DOS JOVENS ENFERMEIROS EM PORTUGAL 2010*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ferrari, R. F., Rodrigues, D. M., Baldissera, V. D., & Sandra Maria Pelloso-, L. C. (Janeiro/Abril de 2014). Aplicabilidade da teoria de Virginia Henderson para fundamentação na enfermagem: Fragilidade e potencialidades. *Arq. Ciência Unipar, Umuarama, v.18, n.1*, pp. 51-56.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Francisco, J. J., Cuenca, F. D., Azaña, S. C., Torres, J. C., López, M. J., Castillo, J. A., & Duarte, J. L. (Janeiro-Março de 2012). Impact of incident comorbidity on functional loss in elderly chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *CANNT Journal, Volume 22, Issue 1*, pp. 25-29.
- Frias, T. A., Moreno, M. d., & Montero, R. C. (Jullo-Septiembre de 2014). Análisis de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis ambulatoria y su relación con el nivel de dependencia. *Enfermaria Nefrologiva*. 17 (3), pp. 167-174.

- Fugulin, F. M., Gaidzinski, R. R., & Kurogant, P. (Janeiro-Fevereiro de 2005). Sistema de Classificação de Paciente: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação HU-USP. *Revista Latina-Americana Enfermagem* 13 (1), pp. 72-78.
- Furtado, A. M. (2010). *Dissertação de mestrado acadêmico: Construção de um modelo e elaboração de diagnósticos de enfermagem para o cuidado clínico na consulta de enfermagem à pessoa em diálise peritoneal*. Fortaleza.
- Furukawa, C. Y., & Howe, J. K. (2000). Virginia Henderson. Em T. d. Edição, *Julia B. George* (pp. 59-74). Porto Alegre: ARTMED .
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem os Fundamentos à Prática Profissional. 4ª Edição*. Porto Alegre: Editora ARTMED.
- GH, M., Al-Harbi, A., Al-Mohaya, S., Dohaimi, H., Kechrid, M., Shetaia, M., . . . Quiapos, L. (Novembro de 2005). Pregnancy in patients on dialysis- experience at a referral center. *The Journal Of The Association Of Physicians Of India* vol.53, pp. 937-941.
- Gomez, N. (2011). *American Nephrology Nurses Association*. Obtido de Scope of Practice for Nephrology Nursing: <https://www.annanurse.org/professional-development/practice/scope-of-practice/nephrology-nursing>
- Gonçalves, P., Saraiva, A., Sousa, M. E., Santos, M. M., & Melo, J. d. (2010). Diabetes e Hemodiálise. Em F. M. Care, *Manual de Hemodialise para Enfermeiros* (pp. 39-47). Fresenuis Medical Care.
- Goodlad, C., & Brown, E. (Outubro. 2013). The role of peritoneal dialysis in modern renal replacement therapy. 89. *Post Medical Journal*, 584-590.
- Harwood, L., Barbara Wilson, R., Thompson, B., Brown, E., & Young, D. (April–June de 2008). Predictors of hemodialysis central venous catheter exit-site infections. *The CANNT Journal. Volume 18, Issue 2*, pp. 26-35.
- Hemphill, H., & Allon, M. (s.d.). How Can the Use of Arteriovenous Fistulas be Increased?
- Henderson, V. ( 2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 53(1), pp. 21-34.
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: LUSODIDACTA.
- Horigan, A. S. (2013). The Experience and Self-Management Of Fatigue in Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 40 (2), pp. 113-122.
- Hurst, J. (2005). Cuidados Pré-diálise. Em N. Thomas, *Enfermagem em Nefrologia* (pp. 133-155). Lusociência.
- ICN, C. I. (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. Genebra: International Council of Nurses.
- Iglesias, A. G., Miriunis, C., Pelliccia, F., Morris, I., Romach, I., Matos, J. F., . . . Kafkia, T. (2014). *Vascular Access cannulation and care: A nursing best practice guide for Arteriovenous Fistula*. Maria Teresa Parisotto; Jitka Pancirova.

- Ikizler, T. A., Cano, N. J., FranchDe, H., Fouque, n., & Himmelfarb, J. (2013). Prevention and treatment of protein energy wasting in chronic kidney disease patients: a consensus statement by the International Society of Renal Nutrition and Metabolism. *Kidney International* 84, 1096–1107, pp. 1096–1107.
- JMV, S., MR, P., MMV, S., & Gerokomos. (Jun de 2007). Geriatric Nurse Assessment: a model of register in nursing home care. *Journal Article -pictorial research*, pp. 72-76.
- K/DOQI. (June de 2000). K/DOQI NUTRITION IN CHRONIC RENAL FAILURE. *American Journal of Kidney Diseases*, pp. S1-S3.
- Kleijn R., H. C.-d.-d. (2015). Prediction of care burden of patients undergoing haemodialysis: Development of a measuring tool. 41(2). *Journal of Renal Care*, pp. 119–125.
- Kleijn, R. d., Hagen, C., Groot, C. U.-d., Jong, P. P.-d., & Wee, P. t. (2015). Prediction of care burden of patients undergoing haemodialysis: Development of a measuring toll. *Journal of Renal Care*, pp. 119-125.
- Lee, Barker, & Allon. (2006). Needle Infiltration of arteriovenous fistula in hemodialysis risk factors and consequences. *America Journal of Kidney Diseases*, pp. 1020-1026.
- Lok, C. E., & Mokrzycki, M. H. (2011). Prevention and management of catheter-related infection in hemodialysis patients. *International Society of Nephrology*. 79, 587-598.
- Macaron, G., Fahed, M., Matar, D., Bou-Khalil, R., Kazour, F., Nehme-Chlela, D., & Richa, S. (Dezembro de 2014). Anxiety, Depression and Suicidal Ideation in Lebanese Patients Undergoing Hemodialysis. *Community Mental Health*, pp. 235-238.
- Marchant, K. (2008). Diabetes and chronic iddney disease: a complex combination. *Bricish journal of Nursing*. vol 17. No 6, pp. 356-361.
- Mathews, N. M. (Jul-Dec de 2012). Health Related Quality of Life on maintenance Hemodialysis Patients. *International Journal of Nursing ducation*, pp. 78-81.
- Matta, S. M., Matos, M. J., Arthur Melo e Kummer, I. G., Teixeira, A. L., & Silva, A. C. (Apr/june de 2014). Alterações cognitivas na doença renal crônica: uma atualização. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*.
- Mayoral, M. T., & Rincón, C. M. (2015). Conocimiento y percepción nutricional en diálisis: su influencia en la transgresión y adherencia; estudio inicia. *Nutricion Hospitalaria*. 31(3), pp. 1366-1375.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2007). *Theoretical Basis for Nursing. 2nd Edition*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Nascimento, C. D., & Marques, I. R. (Nov-dez de 2005). Intervenções de enfermagem nas complicações mais freqüentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *Revista Brasileira Enfermgem* 58(6), pp. 719-722.



- Nieto, D. G., Díaz, M. P., & Fernández, L. S. (2010). Estado cognitivo del paciente de edad avanzada en programa de hemodialisis. *Revista Sociedade Especialidade Enfermagem Nefologica*. 13 (1), pp. 30-35.
- Nunes, P. (Fevereiro de 2007). Segurança nos Cuidados de Saúde. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, pp. 37-39.
- Observatorio Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde: um direito em risco? Relatório da primavera 2015*.
- OE. (2011). *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*.
- OE. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2014). *Norma para cálculo de dotação seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa.
- OE. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
- OE. (Fevereiro de 2015). *Ordem dos enfermeiros dados estatísticos a 31/12/2014*.  
Obtido de  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica\\_V01\\_2014.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf)
- Ordem dos Médicos Colégio de Especialidade de Nefrologia (2011). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica*.
- Periz, L. A., Arroyo, C. M., & Ihanêz, M. J. (2010). Valoración de pacientes tratados con hemodialisis segun la Ley de Promotion de la Autonomia Personal. *Revista Sociedade Espanhola Nefrologia* 13 (4), pp. 252 - 257.
- Polit, D., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Metodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Raquel Pelayo Alonso, M. E. (Enero-Marzo de 2015). Heparinización directa del paciente frente a heparinización del circuito extracorpóreo en hemodiálisis: estudio comparativo. *Enfermería Nefrológica*. 18 (1), p. 48/52.
- Regulamento nº122/2011. Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (18 de Fevereiro de 2011). *Dirário da Republica 2ª Serie*. nº35, pp. 8648-8653.
- Despacho nº 5613/2015. *Diário da República*. 2ª Serie (27 de Maio de 2015). nº102, pp. 13550-13553.
- Salgueiro, J., Santos, R., Alves, M., Santos, A. d., & Encarnação, S. (2010). Complicações e Acidentes. Em F. M. Care, *Complicações e Acidentes* (pp. 7-25). Fresenius Medical Care.
- Sánchez, J. L. (2008). Repercusión del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis sobre la carga de trabajo de enfermería. *Revista Sociedade Espanhola*.

- Silva, M., Santos, L., Dias, C., Cardoso, F., & Matos, V. (2010). Nutrição. Em F. M. Care, *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp. 41-58). Fresenius Medical Care.
- Sommer, J. (May- Aug de 2015). Integrating nursing Theory and process into practice, Virginia Henderson Need Theory 8 (2). *International Journal of Caring Sciences*, pp. 443-450.
- Sousa, C. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria continua. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 30 (1), pp. 11-17.
- Sousa, M. R., Silva, A. E., Bezerra, A. L., Freitas, J. S., & Miasso, A. I. (2013). Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. 47 (1). *Revista Escola Enfermagem USP*, pp. 76-83.
- SPN. (2014). *Relatório do gabinete de registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia*.
- SPN. (2015). *Relatório do gabinete de registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia*.
- Stanley, R. L. (2011). Benefits of a holistic breathing technique in patients on hemodialysis. 38(2). *Nephrology Nursing Journal*, pp. 149-153.
- Stieglitz, E., & Huang, J. (07 de Fevereiro de 2016). Obtido de Medscape: <http://emedicine.medscape.com/article/1895577-overview>
- Tamura, M. K., Tan, J. C., & O'Hare, A. M. (2012). Optimizing renal replacement therapy in older adults: a framework for making individualised decision. *Kidney International*, pp. 261-269.
- Thomas, N. (2005). Hemodiálise. Em N. Thomas, *Enfermagem em Nefrologia*. 2ª Edição (pp. 185-223). Lusociência.
- Thomas-Hawkins, C. (July de 2014). Culture of patient safety in dialysis care. *Renal Society of Australasia Journal*. vol 10 nº2, pp. 89-90.
- Toledano, M. d., Cantarero, I. L., López, V. E., & Cuesta, R. C. (Outubre-Diciembre de 2014). Valoración de las necesidades de cuidados del paciente durante la hemodiálisis y su relación con el grado de dependencia. *Enfermaria Nefrologia*. 17, pp. 283 - 290.
- Tomey, A. M. (2004). Definição de Enfermagem - Virginia Henderson. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Téorica de Enfermagem e sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*, 5ª Edição (pp. 111-125). Loures: Lusociência.
- Tzanakaki, E., Boudouri, V., Stavropoulou, A., Stylianou, K., Rovithis, M., & Zidianakis, Z. (2014). Cause and complications of chronic kidney disease in patients on dialysis. *Health Science Journal*. 8 (3), pp. 343-349.
- Vennegoor, M. (2005). Nutrição em Nefrologia. Em N. Thomas, *Enfermagem em Nefrologia*. 2ª Edição (pp. 288-324). Lusociência.
- Waeleghe, J.-P. V., Chamney, M., Lindley, E. J., & Pancírová, J. (2008). Venous Needle Dislodgment: How To Minimise The Risks. *Journal of Renal Care*. 34 (4), pp. 163-168.
- WC, C., PS, L., WC, W., HC, C., HY, K., TW, T., . . . HF, W. (Aug de 2006). Sleep Behaviour Disorders in a Large Cohort of Chinese (Taiwanese) patients

maintained by long-term hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, pp. 277-284.

Wild, J. (2005). Diálise Peritoneal. Em N. Thomas, *Enfermagem em Nefrologia*. 2ª Edição (pp. 225-287). Lusociência.

## **8- Anexos e Apêndices**

## **Anexo I**

Cronograma de estágio

Cronograma do Projeto de Estágio

Locais de Estágio	Meses	Semana	2015												2016											
			Set			Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro			Fevereiro								
			28	05	12	19	26	02	09	16	23	30	07	14	04	11	18	25	01	08	15	22	29			
	Dias		02	09	16	23	30	06	13	20	27	04	11	17	08	15	22	29	05	12	19	26	4			
	Semana		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª			
	Elaboração do Projeto																									
	Elaboração do relatório																									
	Unidade de Peritoneal																									
	Unidade Hemodialise																									
	Unidade Dialise Hemodialise																									
	Unidade Dialise Hemodialise																									
	Hemodialise e trabalho de projeto																									
	Consulta de transplante																									
	Elaboração e entrega do relatório																									

Legenda:

## **Anexo II**

Documentação: Avaliação qualitativa dos orientadores de estágio

### AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

#### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Margarida demonstrou um excelente trabalho e rigor de execução. Sendo um estágio de poucas horas de contacto, demonstrou conhecimentos e aplicou-os de forma articulada. Age com independência e é capaz de encontrar soluções pertinentes mesmo para situações complexas. Demonstra uma excelente relação com o utente e familiar. Utiliza os recursos existentes de forma a proporcionar bem-estar.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Estabelece boas relações com todos o grupo de saúde

Data:

Or:

Data:

Estudante

Margarida Isabel Jesus Ferreira



AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Marjaretta Isabel Jesus Ferreira Institui: Unidade Hemodinâmica  
Efectuado de 16/11/2015 a 18/12/2015 Docer

go: Nefrologia e Transplantação Renal - Unidade Hemodinâmica  
Orientador: \_\_\_\_\_

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	<u>Excelente</u>
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	<u>Excelente</u>
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	<u>Excelente</u>
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	<u>Excelente</u>

O Docente: \_\_\_\_\_ Orientador: \_\_\_\_\_

Data: 18/12/2015

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Margarida Isabel Gomes Ferreira Inst: Engenharia e Transportes Aeronáuticos - Instituto Diálex  
Efectuado de: 28/09/2015 a: 23/10/2015 Do: 07/12/2015 a: 8/01/2016  
Orientador: J

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimentos e prática profissional que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	<i>Excelente</i>
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; As vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	<i>Excelente</i>
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	<i>Excelente</i>
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	<i>Excelente</i>

O Docente: [Assinatura] Orientado: [Assinatura] Data: 08/01/2016

### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do Campo da Prática Clínica

A enf.ª Margarida Ferreira integrou-se facilmente na unidade, tendo demonstrado muito interesse em aperfeiçoar e alargar os seus conhecimentos teóricos e práticos. O seu período de estágio distinguiu-se pela iniciativa e preocupação em fundamentar adequadamente as suas decisões, recorrendo com pertinência a diferentes fontes bibliográficas.

Apesar da sua in experiência prévia no cuidado à pessoa em diálise peritoneal, conseguiu demonstrar qualidade e rigor na avaliação, planeamento e execução dos cuidados de enfermagem necessários, atingindo um elevado grau de autonomia nas diferentes situações que experienciou.

Em contexto de ensino, salienta-se uma grande evolução ao nível da utilização de estratégias adequadas a cada situação, bem como na utilização de uma linguagem favorecedora de uma comunicação eficaz.

Em relação à fase de pré-diálise a enf.ª Margarida Ferreira desempenhou um papel ativo na realização de várias consultas de esclarecimento.

Houve ainda oportunidade para acompanhar Pessoas com Doença Renal Crónica em contexto de Hospital de Dia, onde a enf.ª Margarida Ferreira manteve um ótimo desempenho.

Por fim, salienta-se uma grande preocupação com a manutenção da segurança do doente e com o ambiente de cuidados.

Neste estágio a enf.ª Margarida Ferreira atingiu os seus objetivos, tendo desenvolvido as atividades a que se propôs. Avalio o seu desempenho como Excelente.





## AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Avalio o desempenho da Mariana Ferreira como Excelente (ver folha anexa).

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data:

Orientac

Assinatura

Data:

Estudante

Margarida Isabel dos Santos  
Margarida Ferreira



## AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:** - Ótimo Bom.

A Estágaria demonstrou estar capacitada de competências técnicas, cognitivas e relacionais que lhe permitiram e permitiram planejar, executar e supervisionar atividades de maior complexidade de a menos com pouco nível cognitivo no contexto hospitalar; bem como à sua função. Durante o período de estágio demonstrou interesse em conhecer necessidades diferentes, estabeleceu com os doentes e com a equipa profissional multidisciplinar relações que revelaram maior capacidade profissional, ponderação e responsabilidade. Contribuiu com o seu estágio com opiniões e soluções criativas que vão de encontro às necessidades que o hospital apresenta, mantendo sempre a postura mais correta.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: ( )  
Data: Estagiária  
Margarida Isabel Jesus Ferreira  
Margarida Isabel Jesus Ferreira

## **Anexo III**

Questionário

## Questionário

Chamo-me Margarida Ferreira encontro-me a frequentar o Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste âmbito, estou a desenvolver um Relatório de Estágio com o tema "**Avaliação da Necessidade de Cuidados na pessoa com Doença Renal Crónica durante o tratamento de Hemodiálise**" que pretende evidenciar o desenvolvimento de competência de enfermeira especialista.

Atualmente as pessoas com Insuficiência Renal Crónica (IRC) submetidas a Hemodiálise estão mais envelhecidas, com maior número de comorbilidades e pluripatologias, refletindo maior grau de dependência, com maior necessidade de cuidados de enfermagem. Adequar os recursos às necessidades de cuidados de enfermagem contribuirá com maior segurança e qualidade. Para adequar os recursos é importante caracterizar a necessidades de cuidados das pessoas.

O objetivo deste questionário **é identificar quais serão os indicadores, ou seja, necessidades de cuidados de enfermagem, valorizados pelo enfermeiro com experiência na área, na avaliação das necessidades dos doentes durante a sessão de hemodiálise.**

A caracterização das necessidades engloba os tempos gastos, a frequência de realização, as competências e a formação necessárias.

Atendendo a especificidade e complexidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes com IRC submetidos a Hemodiálise elaborei um questionário tendo como base as necessidades básicas definidas por **Virginia Henderson**. Remeto para a Filosofia de Virginia Henderson pela sua definição das Necessidades Básicas que correspondem a componentes dos cuidados de enfermagem e pela sua valorização dos fatores que as podem modificar. Na relação enfermeira/doente, Henderson identifica três níveis intervenções de enfermagem: a substituição do paciente, ajudar o paciente e estabelecer a parceria com o paciente. (Alligood, 2014).

Solicito aos colegas que voluntariamente e de forma anónima preencham o questionário de acordo com a vossa experiência profissional.

Obrigada pela vossa colaboração

1. Caracterização da População.

Sexo	
Masculino	
Feminino	

Formação Académica	
Licenciatura	
Especialidade	
Mestrado	

Idade	
Até 25 anos	
26 aos 30 anos	
31 aos 35 anos	
36 aos 40 anos	
41 aos 45 anos	
Superior a 45 anos	

Tempo de prática profissional	
Inferior a 1 ano	
>1 ano ≤ 3 anos	
>3 ano ≤ 6 anos	
>6 ano ≤ 9 anos	
>9 ano ≤ 12 anos	
>12 anos	

Tempo de trabalho em serviço de Hemodiálise	
Inferior a 1 ano	
>1 ano ≤ 3 anos	
>3 ano ≤ 6 anos	
>6 ano ≤ 9 anos	
>9 ano ≤ 12 anos	
>12 anos	

2. Solicito que atribua um grau de importância a cada indicador apresentado, sinalizando com um X. Sendo que, 1 significa que o enfermeiro considera **que o indicador não é nada importante para caracterizar as necessidades de cuidados do doente durante a sessão de hemodiálise** e 5 significa que o enfermeiro considera que **o indicador é muito importante para caracterizar as necessidades de cuidados dos doentes durante a sessão de hemodiálise**. Após atribuição do grau, responda **SIM** se atua diariamente sobre estas necessidades de cuidados e **NÃO** se não as efetua diariamente.

Escala	1	2	3	4	5
	Nada Importante	Pouco Importante	Com alguma Importância	Importante	Muito Importante

a) "Respirar Normalmente":

Escala	1	2	3	4	5		SIM	NÃO
Avaliação da Frequência Respiratória								
Verificação da Presença de Edemas								

b) "Comer e beber de forma adequada":

Escala	1	2	3	4	5		SIM	NÃO
Necessidade de substituição para comer e beber (oralmente, por sonda nasogastrica ou gastrostomia percutânea)								
Necessidade de ajuda para comer e beber								
Identificação de défice de conhecimento sobre regime alimentar adequado (excesso ponderal, sinais e sintomas de alteração iónica)								



c) "Eliminar os resíduos corporais":

<i>Escala</i>	1	2	3	4	5		SIM	NÃO
Necessidade de substituição na ida ao wc, com desconexão do circuito extracorporal.								
Necessidade de ajuda na ida ao wc								
Identificação dos caraterísticas das fezes e urina através de entrevista (despiste de complicações)								

d) "Movimentar-se e manter a postura corporal correta":

<i>Escala</i>	1	2	3	4	5		SIM	NÃO
Necessidade de substituição por dependência, deslocação de cadeira de rodas/maca								
Necessidade de ajuda na movimentação, deslocação com apoio de 3ª pessoa								
Necessidade de parceria para levantar do cadeirão								
Incapacidade de realização de hemóstase								

e) "Manter a temperatura corporal dentro dos valores normais":

<i>Escala</i>	1	2	3	4	5		SIM	NÃO
Avaliação da temperatura								

f) "Evitar o risco do ambiente":

<i>Escala</i>	1	2	3	4	5		SIM	NÃO
Atuação na presença de hematoma								
Atuação na remoção acidental de agulhas/desconexão da linha venosa								
Avaliação do risco de queda								
Atuação perante as perdas hemáticas (coagulações, hemóstase efetuada incorretamente, sangramento dos locais de punção)								
Atuação perante as complicações intra-dialíticas mais frequente (hipotensão, hipoglicémia, problema de canulação hipertensão, câibras)								
Execução de penso a lesão ou ferida Cirúrgica								
Avaliação da Dor								
Atuação perante a pessoa com medo da punção								
Avaliação do Estado de Orientação								
Preparação do monitor de hemodiálise em segurança								
Administração de terapêutica através do circuito extracorporal								

g) Os cuidados com o acesso vascular (AV) são cruciais para o sucesso do tratamento e são uma preocupação de segurança durante o tratamento:

<i>Escala</i>	1	2	3	4	5		SIM	NÃO
Lavagem do membro portador do acesso vascular, na pessoa que necessita de substituição e ajuda.								
Exame físico sumário da FAV e EAV								

Observação de sinais inflamatórios do AV									
Conexão/desconexão de CVC com técnica asséptica, em combinação com FAV ou EAV									
Conexão/desconexão de FAV com técnica asséptica									
Conexão/desconexão de EAV com técnica asséptica									
Conexão/desconexão de FAV no primeiro mês de punção									
Conexão/desconexão de CVC com técnica asséptica									
Atuação para com o AV com dificuldade de atingir Qb de 200 ml/min.									
Monitorização e Despiste de complicações									

h) "Comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, tremores e opinião":

<i>Escala</i>	1	2	3	4	5		SIM	NÃO
Adequação da intervenção à percepção sensorial alterada (diminuição da acuidade visual e/ou auditiva)								
Atuação para ajudar a pessoa a aceitar a Imagem Corporal								
Atuação atendendo as fases de adaptação psicológica ao regime terapêutico								
Adequação da comunicação às capacidades cognitivas								

i) "Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis":

<i>Escala</i>	1	2	3	4	5		SIM	NÃO
Ensino/orientações sobre cuidados com o acesso vascular								
Treino e ensino sobre a lavagem do membro portador do acesso vascular								
Ensino/orientações sobre dieta adequada atendendo aos resultados analíticos e excesso ponderal								
Ensino sobre adesão ao regime terapêutico								
Treino na realização da hemóstase eficaz para minimizar perdas hemáticas e possíveis complicações por excesso de pressão.								
Ensino/orientação ao Cuidador								

3. Indique 1 ou 2 necessidades de cuidados (dos anteriores ou outros) a valorizar na avaliação das necessidades dos doentes em hemodiálise, que requeiram elevado consumo de tempo nos cuidados de enfermagem prestados.

---



---



---



---

## **Apêndice I**

Documentação da sessão de educação: “Prevenção da Insuficiência  
Renal”



# Doença Renal Crónica

## A prevenção

Margarida Ferreira



# Doença Renal Crónica

## A prevenção

Margarida Ferreira



# Doença Renal Crónica

## A prevenção

Margarida Ferreira



# Doença Renal Crónica

## A prevenção

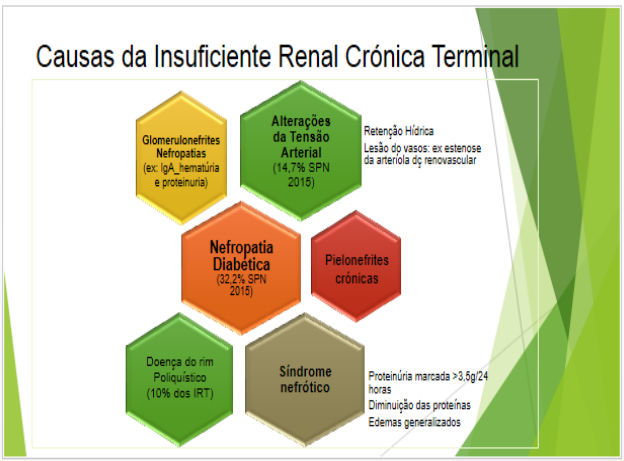
Margarida Ferreira

**Causas da Insuficiente Renal Crônica Terminal**

- Glomerulonefrites Nefropatias** (ex: IgA, hematória e proteinúria)
- Alterações da Tensão Arterial** (14,7% SPN 2016)
- Nefropatia Diabética** (32,2% SPN 2016)
- Pielonefrites crônicas**
- Síndrome nefrótico**
- Doença do rim Policístico** (10% dos IRT)

**Complicações:**

- Retenção Hídrica
- Lesão do vasos: ex estenose da artéria do renovoascular
- Proteinúria marcada >3,5g/24 horas
- Diminuição das proteínas
- Edemas generalizados



# Causas da Insuficiente Renal Crónica Terminal

**Glomerulonefrites Nefropáticas**  
(excl. IgA, hematuria e proteinúria)

**Alterações da Tensão Arterial**  
(14,7% SPN 2016)

**Nefropatia Diabética**  
(32,2% SPN 2016)

**Pielonefrites crônicas**

**Doença do rim Policístico**  
(10% dos IRT)

**Síndrome nefrótica**

**Retenção Hídrica**  
Lesão do vaso: ex estenose da artéria do renovoascular

Proteínúria marcada >3,5g/24 horas  
Diminuição das proteínas  
Edemas generalizados

# Dados Sociedade Portuguesa de Nefrologia

**Doentes em tratamento substitutivo renal em 2014**

Modalidade	Total	HD
HD	11.100	6.185
DP	735	
TX	200	

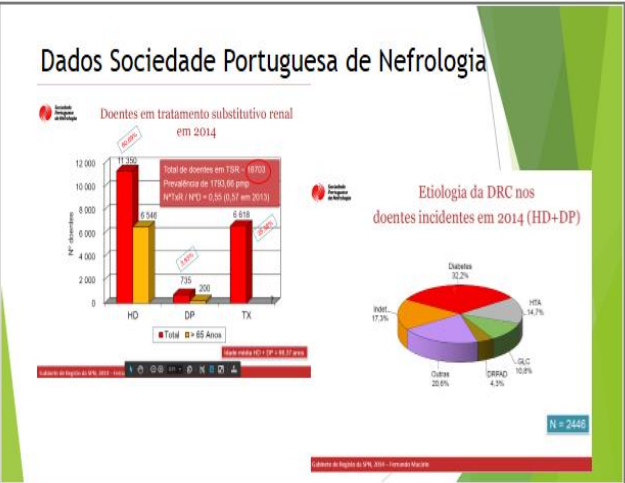
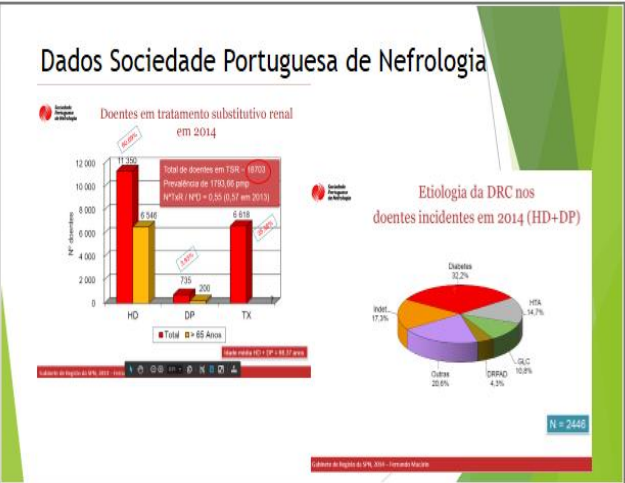
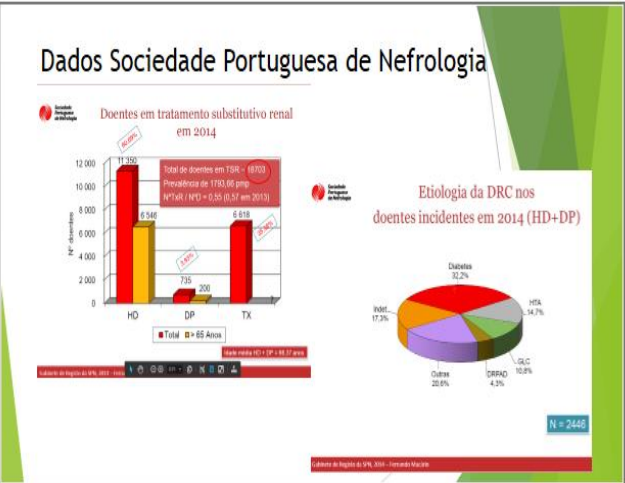
■ Total ■ HD

Prevalência de 1783,66 por 100.000 (HD+DP) em 2013  
Prevalência de 6,37 em 2013

**Etiologia da DRC nos doentes incidentes em 2014 (HD+DP)**

Etiologia	Porcentagem
Diabetes	32,2%
HTA	34,7%
GLO/C	10,8%
Outros	25,6%
GEMD	4,7%
Insuf.	17,3%

**N = 2446**



# Dados Sociedade Portuguesa de Nefrologia

**Doentes em tratamento substitutivo renal em 2014**

**Etiologia da DRC nos doentes incidentes em 2014 (HD+DP)**

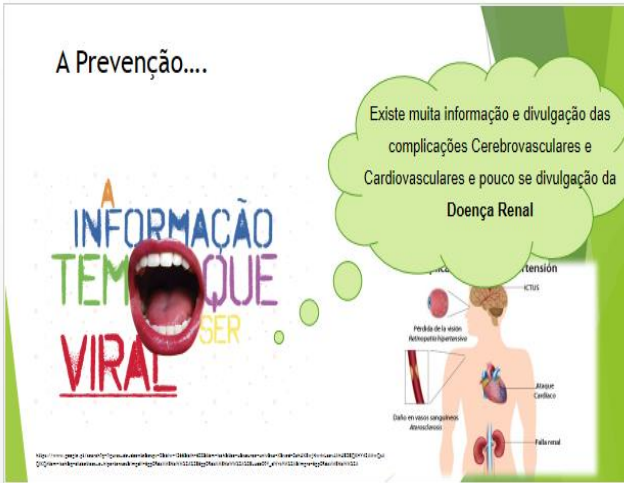
**Nº = 2446**

# Dados Sociedade Portuguesa de Nefrologia

**Doentes em tratamento substitutivo renal em 2014**

**Etiologia da DRC nos doentes incidentes em 2014 (HD+DP)**

**Nº = 2446**



# A Prevenção....

Educação para a Saúde

- Controlo da tensão arterial;
- Controlo dos valores de glicémia capilar;
  - KIGO nos doentes críticos sugere a terapia com insulina para valores de glicose no plasma 110–149 mg/dl (KIGO).
- Adequação da dieta:
  - KIGO sugere um consumo energético de 20–30 kcal/kg/d nos doentes com Doença Renal Aguda.

The infographic features a central kidney icon with the text 'COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE' (Communication with the Patient). Surrounding the kidney are several circular icons connected by lines, representing different aspects of patient care and health: a blood pressure cuff, a glucose meter, a plate of food, a person running, a clock, a person in a hospital bed, and a person in a wheelchair. Each icon is accompanied by a small text label in Portuguese.

# A Prevenção....

Educação para a Saúde

- Controlo da tensão arterial;
- Controlo dos valores de glicémia capilar;
  - KIGO nos doentes críticos sugere a terapia com insulina para valores de glicose no plasma 110–149 mg/dl (KIGO).
- Adequação da dieta:
  - KIGO sugere um consumo energético de 20–30 kcal/kg/d nos doentes com Doença Renal Aguda.

The infographic features a central kidney icon with the text 'COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE' (Communication with the Patient). Surrounding the kidney are several circular icons connected by lines, representing different aspects of patient care and health: a blood pressure cuff, a glucose meter, a plate of food, a person running, a clock, a person in a hospital bed, and a person in a wheelchair. Each icon is accompanied by a small text label in Portuguese.

- # A Prevenção....
- Educação para a Saúde
- Controlo da tensão arterial;
  - Controlo dos valores de glicémia capilar;
    - KIGO nos doentes críticos sugere a terapia com insulina para valores de glicose no plasma 110–149 mg/dl (KIGO).
  - Adequação da dieta:
    - KIGO sugere um consumo energético de 20–30 kcal/kg/d nos doentes com Doença Renal Aguda.
- 
- The infographic features a central kidney icon with the text 'COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE' (Communication with the Patient). Surrounding the kidney are several circular icons connected by lines, representing different aspects of patient care and health: a blood pressure cuff, a glucose meter, a plate of food, a person running, a clock, a person in a hospital bed, and a person in a wheelchair. Each icon is accompanied by a small text label in Portuguese.



# A Prevenção....

Educação para a Saúde

- Controlo da tensão arterial;
- Controlo dos valores de glicémia capilar;
  - KIGO nos doentes críticos sugere a terapia com insulina para valores de glicose no plasma 110–149 mg/dl (KIGO).
- Adequação da dieta:
  - KIGO sugere um consumo energético de 20–30 kcal/kg/d nos doentes com Doença Renal Aguda.



COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE

face-to-face

written

audio

video

mobile

patient

doctor


nurse

pharmacist


# A Prevenção....

- **Hábitos de vida saudável** (exercício e abandono de comportamentos aditivos);
- **Despertar para a sintomatologia**: edemas periorbitais de manhã e tornozelos e pés ao final do dia, cansaço e letargia, urina espumosa, hematúria;

**REFERENCIAÇÃO  
PARA CONSULTA  
DE NEFROLOGIA**




<http://www.scribd.com/doc/115195398/educa%C3%A7%C3%A3o-em-nefrologia-2>

- # A Prevenção....
- **Hábitos de vida saudável** (exercício e abandono de comportamentos aditivos);
  - **Despertar para a sintomatologia**: edemas periorbitais de manhã e tornozelos e pés ao final do dia, cansaço e letargia, urina espumosa, hematúria;
- REFERENCIAÇÃO  
PARA CONSULTA  
DE NEFROLOGIA**
- 
- <http://www.scribd.com/doc/115195398/educa%C3%A7%C3%A3o-em-nefrologia-2>

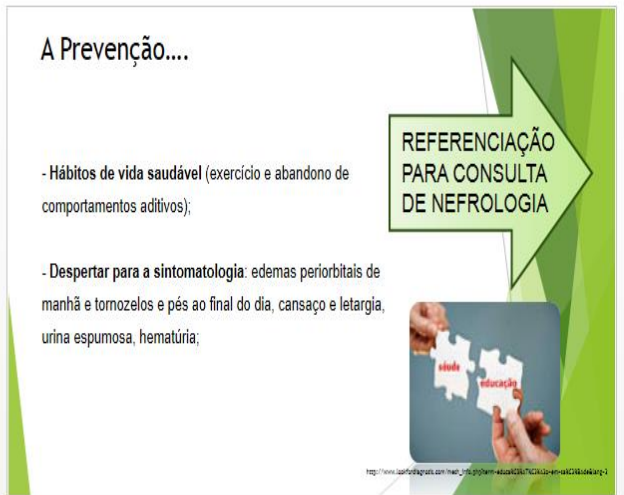
# A Prevenção....

- **Hábitos de vida saudável** (exercício e abandono de comportamentos aditivos);
- **Despertar para a sintomatologia**: edemas periorbitais de manhã e tornozelos e pés ao final do dia, cansaço e letargia, urina espumosa, hematúria;

**REFERENCIAÇÃO  
PARA CONSULTA  
DE NEFROLOGIA**




<http://www.scribd.com/doc/115195398/educa%C3%A7%C3%A3o-em-nefrologia-2>



# A Prevenção....

- **Hábitos de vida saudável** (exercício e abandono de comportamentos aditivos);
- **Despertar para a sintomatologia**: edemas periorbitais de manhã e tornozelos e pés ao final do dia, cansaço e letargia, urina espumosa, hematúria;

**REFERENCIAÇÃO  
PARA CONSULTA  
DE NEFROLOGIA**




<http://www.scribd.com/doc/115195398/educa%C3%A7%C3%A3o-em-nefrologia-2>

# A Prevenção....

- **Hábitos de vida saudável** (exercício e abandono de comportamentos aditivos);
- **Despertar para a sintomatologia**: edemas periorbitais de manhã e tornozelos e pés ao final do dia, cansaço e letargia, urina espumosa, hematúria;

**REFERENCIAÇÃO  
PARA CONSULTA  
DE NEFROLOGIA**



<http://www.scribd.com/doc/115115398/educa%C3%A7%C3%A3o-em-nefrologia-2>



## Prevenção....

### Recomendação KIGO

#### Administração de contraste intravasculares:

- Definir o estágio da Lesão Renal Aguda após a administração de meios de contraste intravascular
- Em indivíduos que desenvolvem alterações na função renal após a administração de meios de contraste intravascular, deve ser avaliada as causas da Lesão Renal Aguda CI-LRA,

7

## Doença Renal Crónica É progressiva, silenciosa e Lenta

### ► Sintomatologia discreta e insidiosa

- Fadiga.
- Mau hálito, mau sabor na boca.
- Perda de apetite.
- Falta de ar ou respiração ofegante.
- Dificuldade em dormir.
- Dores ósseas difusas.
- Perda de peso.
- Edema dos tornozelos, pés, mãos, em torno dos olhos.
- Náuseas e vômitos.
- Calbras nas pernas, especialmente de noite.
- Debilidade.

8

## Fase Pré-Diálise

- Monitorização analítica: Glicémia, Lipidémia, Função Renal
- Controlo da Hipertensão; Ingestão Calórica e Proteica; problemas cardiovasculares (IVE); Doença Óssea, Anemia, Perturbações dermatológicas (prurido urémico), Perturbações gastrointestinais; Perturbações do potássio, Equilíbrio ácido-base, Distúrbios do Sistema Nervoso Central
- Evitar os agentes nefrotóxicos e os AINE
- Seleção do tratamento mais adequado ao estilo de vida e situação social.
- Encorajar a discussão sobre questões relacionadas com as técnicas, as manifestações psicossociais e o mitos

9

## Fase Pré-Diálise

### NORMA

#### DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

ASSUNTO: Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5  
PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Renal Crónica; Modalidades Terapêuticas; Consentimento Informado  
PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([das@dsps.pt](mailto:das@dsps.pt))

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de

Consulta de Esclarecimento

10

## Hemodiálise

### ► Modalidades de tratamento mais utilizadas:

- Modalidade: 3ª semana durante 4 Horas
- Hemodiálise convencional
- Hemodiafiltração \_ maior eficácia

### ► Acesso Vascular: FAV

: EAV

: CVC



<http://www.mdsaude.com/tp-contato/curando-hemodialise.asp>

11

## Diálise Peritoneal

- Tratamento efetuado no domicílio diariamente pelo próprio doente após programa de ensino.
- Acesso para tratamento: Cateter de Tenckhoff aplicado cirurgicamente para abordagem no peritóneu.



<http://www.atasdaude.pt/publico/temas/dialise>

12

Muito Obrigada

13

## Sessão de educação para a saúde

<b>Tema:</b> Doença Renal Crónica _ A prevenção
<b>População alvo:</b> População adulta heterogenia de várias classes profissionais. Membros de um clube que o lema dos anos 2015 e 2016 é “Seja uma Presente para o Mundo”, em que a partilha de conhecimentos é um presente.
<b>Tempo da sessão:</b> 15 minutos de exposição oral e 15 minutos de debate
<b>Objetivo Geral:</b> sensibilizar a plateia para a doença renal crónica
<b>Objetivo específico:</b> dar a conhecer as principais causas de Doença Renal Crónica e os principais aspetos da prevenção; : divulgar alguma da sintomatologia da Doença Renal Crónica; : dar a conhecer o enquadramento normativo para o tratamento conservador médico da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5; : dar a conhecer sumariamente as Técnicas de Substituição da Função Renal;
<b>Metodologia:</b> Método Expositivo e participação do grupo através de questões.
<b>Recursos:</b> Computador, Projetor e Programa PowerPoint®.
<b>Avaliação:</b> Participação na sessão

## **Apêndice II**

*Guião* para consulta de admissão de enfermagem na unidade  
hemodiálise

**Guião para consulta de admissão de enfermagem na unidade hemodialise**

**Identificação do doente**

<b>Antecedentes</b>	História do processo de doença crónica	
	Antecedentes pessoais e familiares	
<b>Respirar normalmente</b>	Avaliar padrão Respiratório	
	Avaliar presença de edemas	
	Questionar sobre a presença de fadiga	
<b>Comer e Beber de forma adequada</b>	Identificar grau de dependência na atividade	
	Conhecer alguns hábitos alimentares do doente	
	Identificar os défices de conhecimento sobre regime alimentar	
	Entregar de literatura de apoio	
<b>Eliminar os resíduos corporais</b>	Identificar grau de dependência na atividade	
	Identificar hábitos de eliminação de resíduos	
<b>Movimentar-se e manter a postura corporal correta</b>	Identificar grau de dependência na atividade	
	Incentivar a vontade de mobilizar	
<b>Dormir e Descansar</b>	Identificar padrão de sono (nº de horas de sono)	
<b>Escolher a roupa, vestir e despir</b>	Identificar grau de dependência na atividade	
	Identificar se apresenta roupa adequada para a estação do ano.	
<b>Mantém a temperatura corporal dentro dos valores normais</b>	Educar para a saúde relativa a prevenção da infeção e atuação perante a febre.	
	Avaliar da Temperatura corporal	
<b>Mantém a o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos</b>	Identificar grau de dependência na atividade	
<b>Evitar o risco do ambiente</b>	Educar para a saúde relativamente a realização de hemostase	
	Educar para a saúde nos cuidados ao hematoma	
	Identificar as condições de habitabilidade	
	Educar para a saúde relativamente ao comportamento de segurança na sala de hemodialise	
<b>Comunicar-se com os demais expressando emoções, necessidades, temores e opinião</b>	Avaliar estado cognitivo	
	Identificar aceitação ao tratamento através das fases de adaptação psicológica	
	Fornecer contatos telefónicos para esclarecimento de dúvidas	
	Identificar agregado familiar	
	Identificar barreiras de expressão; percepção sensorial audição, visão, interação com ambiente	
<b>Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um</b>	Identificar a pratica religiosa	
<b>Trabalhar de forma a sentir-se realizado</b>	Identificar atividades que o façam sentir-se realizado	
	Conhecer a Profissão ou ocupação	
<b>Jogar ou participar em diversas formas de recreação</b>	Identificar agregado familiar e estado civil	
	Conhecer as atividades recreativas que realiza ou realizava	
<b>Aprender ou satisfazer a curiosidade</b>	Avaliar conhecimentos sobre o tratamento (cuidados com acesso vascular, cuidados com regime alimentar, modalidade de tratamento, etc)	
	Explicar as possíveis complicações do tratamento	
	Avaliar a presença de declínio cognitivo	
<b>Acesso Vascular</b>	Educação para a saúde sobre os cuidados ao acesso vascular	
<b>Terapêutica</b>	Identificar regime terapêutico	

Data: \_\_\_\_\_

Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_



